Über einen Kaiserschnitt nach conservierender Methode nebst Statistik der Porro-Operationen.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Fakultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

Max Rosenträger,

Unterarzt im Kgl. Sächs. Pionier-Bat. Nr. 12.

Jena 1889.

Druck von G. Neuenhahn.

Genehmigt von der medicinischen Fakultät auf Antrag des Herrn Geheimen Hofrath Professor Dr. Schultze

Jena, den 6. Juli 1889

Prof. **Gärtner,**
z. Z. Decan.

Zu denjenigen Operationen, die nicht nur in Laienkreisen, wenigstens dem Namen nach, zu den bekanntesten gehören, sondern auch in der medicinischen Welt das grösste Interesse für sich in Anspruch nehmen, gehört unstreitig der Kaiserschnitt. Wenn auch in den letzten Jahren viele Kaiserschnitte veröffentlicht worden sind, so bietet doch jeder einzelne Fall so vieles von dem anderen z. B. hinsichtlich der Beckenverhältnisse, Indikationsstellung, Operationstechnik u. s. w. abweichendes, dass jeder neue wiederum neues Interesse wachruft.

Martha Hörschelmann*) geb. 25./V. 59, Dienstmädchen aus Baiernfeld bei Eisenach, suchte am 5./I. 88. die Grossherzogliche Frauenklinik zu Jena auf, um dort ihre zweite Niederkunft zu erwarten.

Anamnestisch liess sich folgendes ermitteln: Als Kind hatte sie die englische Krankheit gehabt, infolge deren sie erst nach 7 Jahren laufen lernte, im übrigen war sie stets gesund gewesen. Ihre Menstruation trat mit 20 Jahren ein, dieselbe war stets unregelmässig, mit Pausen bis zu 3 Monaten, spärlich. Am 28. Juli 1886 trat bei bestehender Gravidität Erysipel von einer Verletzung des rechten Kniees aus auf. Am 29. Juli früh 4 Uhr begann die Wehenthätigkeit mit Abfluss des Fruchtwassers. Vormittags ging Meconium ab. Um 1 Uhr Mittags war der Muttermund 7 cm eröffnet, Herztöne 150 pr. Min., T. 37,6. Das Erysipel war nicht weitergegangen. Therapeutisch wurden auf Eis gekühlte Sublimatkompressen angewendet. Um 4 Uhr Nachmittags wurde die inzwischen eingetretene Kopfgeschwulst stärker, und es

*) Der Fall ist in Kürze veröffentlicht von Skutsch. Weiterer Beitrag zur Lehre vom Kaiserschnitt nach conservierender Methode. Archiv für Gynaekologie. Bd. 34, Heft 1.

hing ein stark mit Meconium gefärbter Eihautstrang aus den Genitalien heraus; der Kopf stand noch immer beweglich über dem Beckeneingang. Es wurde nun die Transferierung der Kreissenden von der medicinischen in die geburtshilfliche Klinik vorgenommen. Um 3 h. 30 M. fand ein Wendungsversuch statt. Oberhalb des Kopfes zeigte die Gebärmutter eine Einschnürung, über welche hinauf der Kopf nicht geschoben werden konnte. Daher wurde die Zange im Beckeneingang angelegt. Sehr energische Traktionen blieben erfolglos. Hierauf wurde mit Pajot's Perforatium perforiert und nach Herausspülung des Gehirns der Kranioklast angelegt. Zuerst wurde der Kopf mit dem Kranioklast über das Hinterhaupt gefasst, das sich winklig einbog; bis zur Beckenmitte konnte der Kopf heruntergezogen werden, dann riss ein grosses Stück vom Schädeldach ab. Mehrmals wieder angelegt glitt der Kranioklast stets von neuem ab. Es wurde nun, da sich der Kopf in 2. Schädellage, 2. Unterart präsentierte, der Kranioklast über das rechte Ohr gelegt, und es gelang den Schädel hervorzuziehen. Die Entwickelung der Schultern machte ebenfalls grosse Schwierigkeiten. Erst, als der hintere Arm entwickelt war, folgte die vordere Schulter und der übrige Rumpf des Kindes. 20 Minuten später fand die Austreibung der Nachgeburt statt. Das Kind war ausgetragen. Das Wochenbett verlief ohne Störung.

Die Regel trat bald nach der Entlassung aus der Klinik wieder ein, sie war stets regelmässig, 4wöchentlich, 5tg., ziemlich reichlich. Die Zeit der letzten Regel vermag Gravida nicht genau anzugeben, jedoch soll Anfang Juni 1887 neue Konzeption eingetreten sein.

Status praesens am 6./I. 1888: Gravida ist 146 cm gross, zeigt gedrungene Figur. Knochenbau derb. Musculatur und Fettpolster gut entwickelt. Etwas Strabismus convergens. Chloasma uterium. Gesichtsfarbe gerötet. Herz und Lungen gesund. Hautnarben am rechten Knie. Starke Schnürfurche von Strumpfbändern herrührend, unterhalb beider Kniee. Von rhachitischen Anzeichen sind vorhanden: stark gekrümmte Claviculae, Pectus carinatum, Andeutung von Rosenkranz, Röhrenknochen nicht wesentlich verkrümmt. Starke Lordose der Lendenwirbelsäule.

Leibesumfang 100 cm. Becken — Nabel 26 cm, Becken — Fundus 36 cm, Becken — Basis des Proc. xyph. 44 cm. — Mässig reichliche, alte Striae, Linea alba schwach pigmentiert. Nabel flach. Herztöne links etwas oberhalb des Nabels und auf der ganzen rechten Seite. Kopf vorliegend, Rücken rechts. Uteringeräusch links unterhalb des Nabels. Frenulum fehlt, Damm 1 cm. Hautbrücke. Scheide mittelweit, Scheidenteil hochstehend, etwas links. Muttermund für die Fingerkuppe auf 2 cm zugängig. Schädel beweglich über dem Becken. 2. Schädellage.

Die Niederkunft wäre mit Rücksicht auf die Anamnese ungefähr Mitte März 1888 zu erwarten gewesen.

Die Beckenmessung wurde während der nächsten 14 Tagen wiederholt vorgenommen, auch unter Zuhilfenahme der Narkose von Dr. Skutsch mit meiner Assistenz ausgeführt. Angewendet wurde hierzu auch der von Skutsch angegebene Apparat mit Bleistäben, über die Anwendung desselben giebt näheren Aufschluss das Buch: „Skutsch. Die Beckenmessung an der lebenden Frau. Jena 1886. Fischers Verlag“, welches ausführlich unter Beifügung lithographierter Tafeln die verschiedenen Methoden vorführt.

Das Resultat war folgendes:

Die äussere Betastung liess wesentliche Abnormitäten am Becken nicht erkennen. Die äussere Messung ergab einen Beckenumfang von 95 cm und Gleichheit beider Beckenhälften. Dist. spin. ant. sup. oss. il. 23½ cm. Dist. crist. oss. il. 26½ cm. Conjugata externa 18½ cm. Dist. spin. post. sup. oss. il. 9 cm. Trochanter major — spin. post. sup. beiderseits 23 cm. Oberer Symphysenrand — spin. post. sup. oss. il. beiderseits 19 cm. Proc. spin. des V. Lendenwirbels — spin. ant. sup. oss. il. sin. 20 cm. Proc. spin. des V. Lendenwirbels — spin. ant. sup. oss. il. dextr. 21 cm. Spin. ant. sup. oss. il. sin. — spin. post. sup. oss. il. dextr. 19¾ cm. Spin. ant. sup. oss. il. dextr. — spin. post. sup. oss. il. sin. 21 cm. Länge des Kreuzbeins 12½ cm. Äusserer grader Durchm. der Enge 12,2 cm.

Die innere Messung ergab folgende Masse: Symphysenhöhe 6 cm, geburtshilfliche Symphysenhöhe 3,6 cm. Conjugata vera 8 cm, Querdurchmesser des Beckeneingangs 9½ cm. I. schräger Durch-

messer 9 cm, II. schräger Durchmesser 10,3 cm. Dist. sacrocotyloidea sin. 7,3 cm, dist. sacrocotyloidea dextr. 6,8 cm. Lig. arcuatum — Tuber ischii jederseits $5^1/_2$ cm. Grader Durchmesser der Beckenmitte, d. h. Mitte des 3. Kreuzbeinwirbels bis zum unteren Rande der Symphyse $10^1/_2$ cm. Querdurchmesser des Beckenausgangs 9 cm. Grader Durchmesser der Enge 10,5 cm.

Die manuelle Austastung des Beckenraums in Narkose ergab: Symphysenknorpel stark vorspringend. Conjugata diagonalis $9^1/_2$ cm. Linkes Tuberculum ileo-pectineum auffallend hoch, die entsprechende Gegend der Beckenwand auffallend grade verlaufend. Die rechte Beckenwand verläuft mindestens ebenso gestreckt; dieselbe mit der rechten Hand getastet ist leichter zu erreichen wie die linke Beckenwand mit der linken Hand. Vom Promontorium nach links hin kommt man in eine ziemlich weite Ausbuchtung des Beckens, nach rechts dagegen geht es vom Promontorium ziemlich bald in die rechte seitliche Beckenwand über. Schambogen eng. Der untere Symphysenwinkel ist ziemlich klein.

Das Becken ist als ein allgemein verengtes, schräges zu bezeichnen.

Nach Berücksichtigung aller Verhältnisse wurde der Graviden, die ein lebendes Kind wünschte, der Kaiserschnitt empfohlen, wozu sich dieselbe auch entschloss. Der Kaiserschnitt sollte nach Eintritt möglichst vollständiger Eröffnung bei stehender Blase unter allen aseptischen Massnahmen nach conservierender Methode ausgeführt werden. Über die Begründung dieser Indikation wird später gesprochen werden.

Der Gesundheitszustand der Schwangeren war bis Mitte Februar, wo leichte Wehen begannen, ein vollständig befriedigender. Nach jeder inneren Untersuchung wurde eine Scheidenausspülung mit einer Sublimatlösung von 1 : 5000 gemacht. Im Verlauf der nächsten Wochen traten wiederholt leichte Wehen ein, die den Status nicht wesentlich beeinflussten. Die Kindslage wechselte öfter zwischen der ersten und zweiten Schädellage. Eine Untersuchung der Blase mit Sonde V ergab vorn median bei 7 cm, nach links hinten bei 9 cm, nach rechts hinten bei 7 cm Widerstand. Am 17./III. 1888 begannen die eigentlichen Wehen, das Kind befand sich in 2. Schädellage. Herztöne gut.

Abends 6 h. wurden die Wehen häufiger. Die Cervix war für einen Finger bequem bis auf das Ei zugängig 1 cm lang.

18./III. 88. Morgens 5 h. wurden die Wehen kräftiger und häufiger, 1/4stündlich, länger andauernd.

10 h. Vormittags. Muttermund ganz hochstehend, für einen Finger bequem bis auf die Eihäute passierbar. Es besteht kaum noch Cervicalkanal. Ziemlich scharfer Saum. Kopf vorliegend. Der Muttermund steht etwas auf der linken Seite. Während der Wehe spannt sich die Blase prall bis in das Niveau des Muttermundes. Scheidenauswaschung. Herztöne 128 pr. Min., rechts unterhalb des Nabels. Im Laufe des vorhergehenden Abends waren, nachdem die Kreissende ein Vollbad erhalten hatte, die Schamhaare rasiert worden.

12 h. Muttermund 2 cm weit, scharfrandig. Die Blase wölbt sich bei der Wehe vor. Herztöne 144.

2 h. Muttermund ganz scharfrandig, 3—4 cm weit. Die Blase wölbt sich auch ausserhalb der Wehe etwas vor. Herztöne gut.

4 h. Der Muttermund ist erheblich weiter geworden, 1 cm Saum steht noch. Rand ganz scharf. Herztöne gut.

4 3/4 h. Saum kaum noch 1 cm. Blase auch ausserhalb der Wehe gespannt, während der Wehen sich stärker spannend. Sehr viel schleimiges Sekret in der Vagina.

5 1/2 h. Es steht noch ein kleiner Saum vom Muttermunde. Scheidenauswaschnng, Eröffnung vollständig um 6 h.

Gemäss gefasstem Plan sollte die Sectio caesarea nach conservierender Methode nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes bei noch stehender Blase gemacht werden. Wie oben gesagt ist, war um 6 h. die Eröffnung vollständig. Kind in II. Schädellage. Herztöne gut, 132 pr. Min. Es wird nochmals eine Scheidenauswaschung vorgenommen.

6 h. 15 Min. wird die Narkose auf dem Lager der Kreissenden begonnen; nach eingetretener Narkose wird dieselbe auf den Operationssaal getragen, (Saal für Laparatomieen), in welchem alle aseptischen Massnahmen wie bei anderen Laparatomieen getroffen sind.

Sehr helles Licht durch 8 Gasflammen.

Abwaschen des Leibes mit Aether, dann mit Seife, dann mit Sublimatlösung 1:5000, hierauf Übergiessung mit Sublimat 1:1000. Der Urin wird mit dem Katheter abgenommen, derselbe bleibt in der Blase bis zur Beendigung der Operation liegen. Die Umgebung des Operationsgebietes wird mit aseptischen Tüchern (Carbolservietten) belegt.

Operateur: Dr. Skutsch. Assistenz: Dr. Thomen. Verfasser für ev. weitere Assistenz, Abnabelung des Kindes u. s. w. Narkose: Dr. Ziegenspeck. Als Zuschauer waren etwa 35 Personen anwesend.

6 h. 26 Min. Bauchschnitt in der Linea alba, etwa 20 cm lang, mitten durch den Nabel, ungefähr 11 cm davon oberhalb, 9 cm unterhalb des Nabels. Die Blutung ist unbedeutend, es wird kein blutendes Gefäss gefasst. Der Schnitt wird sofort durch die ganze, nicht sehr erhebliche Dicke der Bauchwand geführt und eröffnet an einer Stelle sofort das Peritoneum. Auf der Hohlsonde wird dieses in der ganzen Länge der Wunde eröffnet und hierauf rechts wie links durch je eine provisorische Ligatur mit der Haut vereinigt. Ein Versuch den Uterus durch die Bauchwunde zu bringen gelingt noch nicht, und es wird deswegen die Wunde noch um 4 cm nach oben verlängert.

6 h. 28 Min. wird der Uterus, welcher bläulich-rote Farbe zeigte, vor die Bauchdecken gewälzt; er war etwas nach links torquiert, so dass die rechte Tubenkante etwas weiter nach vorn lag wie die linke. Hinter den oberen Teil der Bauchwunde wird ein breiter Schwamm eingelegt und darüber die Wunde durch eine Museux'sche Zange zugeklemmt. Es wird nun ein Gummischlauch um die Cervix gelegt und geknotet, aber nicht angezogen.

6 h. 30 Min. Uterusschnitt; genau medianer Längsschnitt ganz nahe dem Fundus beginnend etwa 16 cm lang. Mit 4 Messerzügen wird die Wand bis auf die Eihäute durchtrennt, die Blutung ist nicht bedeutend, der elastische Schlauch wird nicht angezogen. Nur im unteren Wundwinkel blutet eine Vene etwas stark. Es erscheinen nun die Eihäute. Die Blase wölbt sich gelblich weiss vor, und man sieht Flocken im Fruchtwasser schwimmen. Auf der Hohlsonde wird der Schnitt überall bis auf die Eihäute vertieft. Nun werden die Eihäute zerrissen, die rechte Hand des

Operateurs geht ein, erfasst den linken Oberschenkel des in II. Schädellage liegenden Kindes und zieht dasselbe rasch

6 h. 30½ Min. zu Tage. Das Kind hat guten Herzschlag, wird sofort abgenabelt und macht spontane Bewegungen, aber keine Athembewegung; regelmässige Athmung nebst kräftigem Schreien erfolgt erst nach einer Minute, ohne dass irgend welche Wiederbelebungsversuche gemacht werden. (Apnoe.) Netz und Darm quellen hinter dem Uterus hervor, sie werden mit einem Schwamm zurückgehalten, und darüber die Bauchwand mit einer zweiten Museux'schen Zange zugeklemmt. Der Uterus ist schlaff und blutet ziemlich stark, deswegen wird der elastische Schlauch festgezogen, die Blutung steht dann. Die Uteruswunde ist jetzt etwa 12 cm lang.

Die Placenta sitzt an der hinteren Wand bis zum Fundus. An der Stelle, wo die Placenta sitzt, ist die Uteruswand mässig stark invertiert, die Serosa stark gefaltet. Die Placenta wird leicht gelöst, ebenso die Eihäute; um letztere aus dem untersten Uterusabschnitte zu entfernen, wird der elastische Schlauch abgenommen und nachher nur manuell comprimiert.

6 h. 36 Min. Entfernung von Placenta und Eihäuten. In der linken Wand der Uteruswunde nahe dem unteren Ende klafft eine grosse Vene, ohne zu bluten, sie wird mit einer Schieberpincette wegen Gefahr des Lufteintrittes geschlossen. Nun wird der Uterus mit Sublimatlösung 1:5000 bespült, so dass die Lösung durch die Scheide abläuft.

Der Uterus ist immer noch recht schlaff, bei Nachlassen der manuellen Kompression blutet es stark aus der Wand und aus der Wunde.

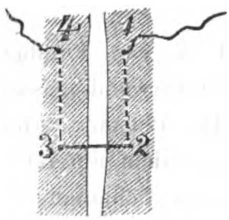
6 h. 38 M. Drei Ergotininjektionen subcutan in den rechten Arm (à 0,2 Extr. sec. cornut.)

6 h. 40 M. Beginn der Uterusnaht. Die Muscularis buchtet sich nicht vor, die Serosa ist nicht zurückgezogen. Es werden zunächst 7 tiefe musculo-seröse Nähte gelegt. (Nahtmaterial durchweg geflochtene Seide.) Die Fäden zu den tiefen Nähten waren mit 2 Nadeln versehen. Die Nadel wird jederseits nahe der Decidua, aber ohne diese mitzufassen, in die Wunde eingestochen und 1 cm vom Wundrand entfernt durch die Serosa aus-

gestochen. Die Blutung während der Nahtanlegung ist ziemlich reichlich, es muss manuell die Cervix comprimiert werden.

6 h. 51 M. Die tiefen Nähte werden geknüpft. Eine derselben umfasst die vorher zugeklemmte grosse Vene; der Schieber wird unmittelbar vor dem Knüpfen abgenommen. Die Serosaflächen legen sich sehr gut aneinander. Zwischen den tiefen Nähten werden nun noch an den klaffenden Stellen 7 halbtiefe musculo-seröse Seidennähte gelegt. Jetzt kontrahiert sich der Uterus etwas besser, die manuelle Kompression wird ausgesetzt.

Obgleich durch die gelegten Nähte die Serosaflächen bereits sehr gut aneinander liegen, werden doch noch 12 sero-seröse Nähte mit feiner Seide angelegt.



Bei 1 wird eingestochen und parallel zur Wunde die Nadel geführt, bei 2 heraus, dann quer über die Wunde, bei 3 eingestochen wieder parallel zur Wunde durchgeführt (jetzt in umgekehrter Richtung) bei 4 ausgestochen und dann geknüpft*). 12 solche Nähte werden gelegt, überall liegt Serosa an Serosa. Kein Tropfen Blut dringt aus der linearen Wundlinie. (Der Schnitt lag ganz im Corpus und hatte das untere Uterinsegment nicht erreicht.) Alle Nähte werden kurz abgeschnitten. Die Schwämme werden aus der Bauchhöhle entfernt und der Uterus in den Bauch reponiert.

Eine Toilette des Peritoneum erweist sich als überflüssig, da nichts von Blut oder Fruchtwasser in die Bauchhöhle eingedrungen ist.

Die zwei provisorischen Peritonealnähte werden entfernt, und hierauf erfolgt Schluss der Bauchwunde durch 9 tiefe, das Peritoneum breit mitfassende, und 15 oberflächliche Nähte.

Katheter entfernt. Ausspülung der Vagina mit Sublimatlösung: 1:5000 und Nachspülung mit destilliertem Wasser. Verband: Jodoformgaze (feucht durch Sublimatlösung), Watte, Gummipapier. Flanellbinde. Schluss der Operation 7 h. 25 Min. Die

*) Vergl. Skutsch „Kaiserschnitt mit Uterusnaht". Archiv f. Gynaek. Bd. 28, pag. 135.

ganze Operation dauerte 59 Minuten, die einzelnen Abschnitte derselben:

Bauchschnitt, Eröffnung des Peritoneum . . .	2	M.
Uterus vorgewälzt, elastische Ligatur	2	„
Uterusschnitt und Extraction des Kindes . . .	$^1/_2$	„
Provisorischer Schluss der oberen Bauchwunde, Entfernung der Nachgeburt	$5^1/_2$	„
Uterusausspülung, Compression u. s. w. . . .	4	„
Tiefe Uterusnähte	$11^1/_2$	„
Halbtiefe und oberflächliche Uterusnähte, Toilette, Bauchnaht	$33^1/_2$	„
Summa	59	M.

Das Gewicht der Placenta betrug 670 Gm., die Länge der Nabelschnur 40 cm. Insertion excentrisch. Placenta annähernd rund, Durchmesser 19:17 cm. Sie ist marginata. Mässig reichlicher Deciduabelag. Nabelstrang wenig gedreht. Uterine Seite der Placenta sehr glatt, nirgends zerfetzt.

Das Kind, ein Knabe, zeigt alle Zeichen der Reife. Das Gewicht beträgt 4070 Gm. Die Masse desselben sind: Scheitel-Nabel 25 cm, Scheitel-Steiss 32 cm, Scheitel-Fersen 51 cm. Grader Durchmesser des Kopfes 12 cm, grosser querer $9^1/_2$ cm, kleiner querer 8 cm, Kopfumfang 35 cm. Grosser diagonaler Durchmesser 13 cm, kleiner diagonaler $11^1/_2$ cm. Das Kind wurde in den ersten 8 Tagen nach seiner Geburt durch eine Amme und darnach mit der Flasche genährt und entwickelte sich regelmässig.

Das Wochenbett zeigte folgenden Verlauf:

18./III. 88. Erster Tag:

Abends $7^3/_4$ h. T. 36,4. P. 82. Patientin antwortet auf Fragen, hat Schüttelfrost und klagt über Brennen im Leib. Puls kräftig. Das Brennen tritt periodisch auf und ist unterbrochen von Pausen, die vollständig schmerzfrei sind, anscheinend beruht es auf Nachwehen.

9 h. T. 36,6. P. 80. Puls gut. Spannen im Leib. Durst. 0,005 Gr. Morphium subcutan.

12 h. T. 36,9. P. 78. Etwas Schlaf.

19./III. 88. Zweiter Tag:

$1^1/_2$ h. 0,005 Gramm Morphium wegen Klagen über starke Schmerzen und Schlaflosigkeit. Starker Durst.

$3^3/_4$ h. P. 94. Schmerzen stets periodisch auftretend, ausserhalb der Nachwehen ist das Brennen an der Wunde nur gering.

6 h. T. 37,4. P. 90. Puls kräftig. Schlaf mit Unterbrechungen. 200 Gr. Urin werden mit dem Katheter entleert.

10 h. T. 37,4. P. 90. R. 26. Patientin klagt über Brennen im Leib, die Schmerzen werden nur an die Nabelgegend in die Wunde verlegt. Puls gut. Nachwehen selten. Ausfluss reichlich, blutig. Zunge feucht. Durst. Nach 0,01 Gr. Morphium lässt das Brennen nach. Etwas Kollern. Wasser.

12 h. T. 37,8. P. 96. Flatus gehen ab.

3 h. T. 37,4. P. 90. Urin abgenommen. Milch auf Eis gekühlt. Später Schmerzen in der Wunde. 0,007 Gr. Morphium.

6 h. T. 37,8. P. 96. R. 26. Die Schmerzen haben nachgelassen. Kein Kollern. Milch mit Appetit genossen. Kein Aufstossen. Kein Erbrechen. Ausfluss ziemlich reichlich.

20./III. 88. Dritter Tag.

3 h. T. 37,6. P. 96. Urin 1600 Gr. Brennende Schmerzen im Nabel seit der Operation 0,007 Gr. Morphium.

8 h. P. 86. Die Schmerzen liessen bald nach. Sie hat dann geschlafen. Keine Klagen. Wohlbefinden.

9 h. T. 37,3. P. 90. R. 32. Urin spontan. Milchkaffee mit Appetit genossen. Ausfluss sehr spärlich, blassrötlich. Etwas Nachwehen. Die einzige Klage ist Spannen in der Wunde. Epigastrium weich. Keine Übelkeit, kein Erbrechen. Winde nicht abgegangen, kein Kollern.

12 h. T. 37,3. P. 96. Pat. schläft viel. Puls gut. Einige Flatus abgegangen. Urin kann spontan gelassen werden, wird aber mit Katheter abgenommen, um wenig Bewegung zu verursachen. Gegen Verschleimung im Hals, worüber sie schon als Schwangere klagte, werden Priessnitz'sche Umschläge und Decoct. Senegae verordnet.

6 h. T. 37,6. P. 88. R. 28. Halsbeschwerden geringer. Athmung freier. Keine sonstige Beschwerden. Keine Übelkeit und Brechneigung. Sie hat weissen Schleim ausgespuckt. Aus-

fluss spärlich, blassrötlich, nicht riechend. Urinlassen spontan ohne Beschwerden. Epigastrium weich, Nachwehen wenig gespürt, nicht schmerzhaft. Wein.

9 h. T. 37,2. P. 86. Pat. fühlt sich, nachdem sie dicken, zähen Schleim ausgehustet hat, erheblich erleichtert. Keine Klagen.

21./III. 88. Vierter Tag:

Pat. hat gut geschlafen bis Nachts $1\frac{1}{2}$ h., nachher stellte sich Kollern im Leibe ein. Dasselbe hörte nach reichlichem Abgang von Winden auf.

9 h. T. 37,2. P. 84. R. 28. U. 2500 Gr. Ausfluss reichlicher, blutig, nicht riechend. Appetit besser. Verschleimung im Hals geringer. Leib weich, nirgends schmerzhaft. Wein. Milchkaffee. Bouillon. 2 Zwieback.

12 h. T. 36,8. P. 92. Ausfluss reich. Befinden gut. Suppe.

3 h. T. 37,6. Kaffee.

6 h. T. 38,3. P. 84. R. 24. Wohlbefinden. Urinieren ohne Beschwerden. Viele Flatus sind abgegangen. Ausfluss reichlich, blassrötlich. Epigastrium weich. Milchsekretion, besonders in der r. Mamma, reichlich. Warzen hohl, zum Stillen nicht geeignet.

9 h. T. 38,5. P. 88. Stechen in der r. Mamma, dieselbe ist auch druckempfindlich. Sonst gar keine Beschwerden. Winde gehen ab. Leib schmerzfrei. Ausfluss mässig reichlich, nicht riechend. Eisblase auf die r. Mamma.

22./III. 88. Fünfter Tag.

T. 37,3. P. 72. R. 24. U. 1600 Gr. Pat. hat wenig geschlafen wegen Schmerzen in der r. Mamma, dieselben liessen am Morgen nach. Die r. Mamma ist grösser wie die linke. Die beiden äusseren Quadranten der r. Mamma sind hart und empfindlich. Ausser den Schmerzen in der Mamma keine Beschwerden. Keine Nachwehen mehr. Keine Schmerzen im Leib. Epigastrium weich. Leib nirgends druckempfindlich. Ausfluss ziemlich reichlich, blassrötlich. Einreibung der Mamma mit Oel, Einwicklung in Watte und Hochbinden. Pat. erhält Mittags eine Taube.

6 h. T. 37,0. P. 64. R. 28. Wohlbefinden. Schmerzen geringer. Appetit gut. Die Taube hat gut geschmeckt. Ausfluss ziemlich reichlich, blassrötlich. 9 h. T. 37,5.

23./III. 88. Sechster Tag:

9 h. T. 37,0. P. 84. R. 24. U. 1400 Gr. Pat. hat gut geschlafen. Abgang von Winden. Ausfluss reichlich, blassrötlich. Leib weich, flach, schmerzfrei. Urinlassen ohne Beschwerden. Appetit gut. Pat. erhält Mittags ein Kalbskotelett.

6 h. T. 37,6. P. 68. R. 28. Wohlbefinden. Brust schmerzfrei. Ausfluss reichlich, weniger blutig.

24./III. 88. Siebenter Tag:

9 h. T. 36,6. P. 60. R. 24. U. 3800. Hat gut geschlafen, viel geschwitzt. Fühlt sich ganz wohl. Flatus gehen ab. Urinlassen manchmal erschwert. Katheter. Ausfluss spärlicher, kaum noch blutig. Brüste schmerzen nicht mehr. Leib weich. Kaffee, Semmel, Bouillon mit Ei. 12 h. T. 36,6. Suppe, Taube. 3 h. T. 37,4. Kaffee, Zwieback.

6 h. T. 37,0. P. 68. R. 28. Fühlt sich wol. Kein Stuhldrang. Urin spontan. Ausfluss spärlich. Suppe. 9 h. T. 37,2.

25./III. 88. Achter Tag:

9 h. T. 36,4. P. 56. R. 18. U. 1700. Gut geschlafen. Keine Beschwerden. Winde abgegangen. Appetit gut. Ziemlich reichliche Milchabsonderung. Ausfluss noch etwas blutig, spärlich. Kaffee, Zwieback, Bouillon, Taube, Suppe.

6 h. T. 37,5. P. 58. R. 24. Befinden gut. Ausfluss spärlich, nicht blutig. Suppe.

26./III. 88. T. 36,6. P. 60. Fühlt sich ganz wohl. Milchsecretion etwas geringer, zumal an der linken Mamma. Winde gehen ab. Keine Klagen. Leib weich.

27./III. 88. T. 36,6. P. 68. Früh 2 h. Stuhlgang, reichlich, teils fest, teils weich. 6 h. nochmals reichlicher Stuhlgang. Im Leib keine Schmerzen. Fühlt sich wohl. Appetit gut. Kein Ausfluss.

28./III. 88. T. 36,7. P. 80. Fühlt sich ganz wohl. Es ist nochmals harter Stuhl erfolgt. Absonderung der Brust geringer geworden. Ausfluss aufgehört.

I. Verbandwechsel. Entfernung der Suturen. Prima intentio.

29./III. 88. T. 36,5. P. 76. Fühlt sich ganz wohl. Stuhlgang ist noch immer recht fest, erfolgt aber ohne besondere Beschwer-

den, schmerzt am After. Rechte Mamma sondert noch reichlich Sekret ab. Ausfluss ganz unbedeutend.

30./III. 88. Befinden gut. Eisblase bleibt fort.

31./III. 88. Verbandwechsel. Wunde überall gut geheilt. Befinden tadellos.

5./IV. 88. Befinden andauernd gut. Temperaturen normal. Kein Ausfluss. Stuhlgang regelmässig. Urinlassen ohne Beschwerden.

Vaginaluntersuchung. Portio in der Höhe des Promontoriums. Uterus anteflektiert, etwas rechts, beweglich. Nirgends Resistenz oder Schmerzhaftigkeit in der Umgebung des Uterus. Narbe vollkommen lineär verheilt.

7./IV. 88. Patientin steht auf.

9./IV. 88. Fühlt sich wohl. Laufen ohne Beschwerden. Stuhlgang regelmässig.

16./IV. 88. Pat. trägt vom 12. an Leibbinde. Befindet sich vollständig wohl. Stuhlgang regelmässig. Urinlassen ohne Beschwerden. Kein Ausfluss. Narbe lineär, 22 cm lang, davon 9 cm unterhalb des Nabels, 13 cm oberhalb des Nabels. Narbe fest. Keine Diastase. Vaginalportion hoch stehend, 2 cm nach vorn und nach unten von dem Promontorium. Uterus anteflectiert, gut zurückgebildet, überall glatt sich anfühlend, frei beweglich. Nirgends Resistenz oder Schmerzhaftigkeit in der Umgebung des Uterus.

Entlassung.

Im folgenden wollen wir den Verlauf des Falles, wie er vorher geschildert worden ist, etwas näher betrachten. Bemerkenswert ist zunächt bei der Beckenmessung, dass schon die äusseren Masse eine Verengerung des Beckens vermuten lassen. Ist ja doch die Conjugata externa (nach Michaelis) 1½ cm geringer als ihr mittleres Mass bei normalem Becken und 4 mm geringer als das mittlere Mass bei engem Becken. Weniger wertvoll erscheinen die äusseren Schrägmasse. Hierüber finde ich im oben erwähnten Werke von Skutsch „Die Beckenmessung etc." p. 27 folgendes Referat nach Messungen von Schneider und Gruner: „Ein sicheres Verhältnis zwischen den Differenzen der äusseren Masse und denen der inneren ist nicht vorhanden. Gleiche Länge der

äusseren Schrägmasse rechtfertigt keinen unbedingten Schluss auf vollkommene Symmetrie des kleinen Beckens. Erst wenn die Differenz der äusseren Masse 1 cm beträgt, scheint eine völlige Symmetrie des kleinen Beckens nicht mehr vorzukommen; aber auch hier bleibt die Differenz der inneren Schrägmasse noch oft eine minimale. Die Differenz der äusseren Masse muss schon mindestens $1^1/_2$ cm betragen, wenn der Schluss auf Asymmetrie einigermassen zuverlässig sein soll. Aber über den Grad der Asymmetrie wird gar kein Anhalt gewonnen."

Man sieht hieraus, dass die Wahrscheinlichkeit, hier eine bedeutendere Asymmetrie des Beckens annehmen zu müssen, nicht gross ist. Der Verdacht auf Beckenenge, den die äussere Messung erweckte, fand erst seine Bestätigung durch die innere Messung. Sie allein lieferte uns den wertvollen Aufschluss, dass durchweg eine Verengerung von 3:4 vorlag. Wertvoll insofern auch, als die gefundene Verengerung des Querdurchmessers eine andere Indikationsstellung verlangt, wie wenn nur die Conjugata verengt wäre.

Bei der Indikationsstellung kamen nur die künstliche Frühgeburt und der Kaiserschnitt in Frage, da die Frau sehnlichst ein lebendes Kind wünschte. Die Geburt eines reifen unzerstückelten Kindes per vias naturales war nicht möglich, wie der Verlauf der ersten Geburt zeigte. Die Einleitung der Frühgeburt ist nach der Ansicht wohl aller Geburtshelfer, ich will Schröder's Worte anführen, indiciert*): „Bei mittleren Graden von Beckenenge, d. h. in Fällen, in denen das Becken so beschaffen ist, dass der Durchtritt eines ausgetragenen Kindes von mittlerer Grösse, wenn auch nicht unmöglich, so doch voraussichtlich, mit grossen Schwierigkeiten und Gefahren verbunden wäre, während man hoffen kann, dass ein nicht ganz reifes, aber lebensfähiges Kind selbst unbeschädigt und ohne die Mutter zu gefährden, durchgehen wird."

Im vorliegenden Fall sind sämmtliche Beckenmasse unter den Durchschnittsmassen des kindlichen Schädels. Nach den Angaben Schroeder's beträgt der biparietale Durchmesser in der 28. bis

*) Schroeder, „Lehrbuch der Geburtshilfe", pag. 261.

32. Woche 8,16 cm, in der 32. bis 36. Woche 8,69 cm und in der 36. bis 40. Woche 8,83 cm. Man sieht also, dass dieses Mass des an der Grenze der Lebensfähigkeit sich befindenden Kindes das Mass der hier vorliegenden Conjugata vera übertrifft; immerhin sind aber die Masse infolge Verschieblichkeit der Kopfknochen veränderlich, am bedeutendsten natürlich, wenn das Kind am wenigsten reif ist. In der 34. bis 36. Woche, die am meisten zur Einleitung der Frühgeburt benutzt werden, sind doch wohl nicht die Kopfknochen in dem Grade verschieblich, wie es hier nötig wäre. Denn wenn der Schädel im biparietalen Durchmesser komprimiert wird, so muss notwendigerweise ein Ausgleich in den anderen Durchmessern stattfinden. Hier aber kann der Ausgleich aller Wahrscheinlichkeit nach nicht stattfinden, da der quere Durchmesser des Beckeneingangs nur $9^1/_2$ cm beträgt und durch die anderen Masse des kindlichen Schädels an Grösse übertroffen wird.

Um bei der Frühgeburt ein günstiges Resultat zu erhalten, ist es ferner nötig, die Schwangerschaftsdauer möglichst genau zu bestimmen. Eine zuverlässige Bestimmung der 34. Schwangerschaftswoche ist jedoch sehr schwierig, weil der Genitalstatus durch das pathologische Becken beeinflusst wird, und die Angaben der Schwangeren über die Zeit der letzten Regel sehr häufig ungenau sind wie auch in diesem Falle. Leicht kann ein Irrtum von 4 Wochen zu spät oder 4 Wochen zu früh eintreten. Jener Irrtum, wo das Kind 38 Wochen alt wäre, verursacht mit grösster Wahrscheinlichkeit, ich will ruhig sagen, mit absoluter Gewissheit den Tod des Kindes, vielleicht auch noch schwere Verletzungen der Mutter, dieser, wo das Kind 30 Wochen wäre, würde nach der Ansicht wohl aller Geburtshelfer in der Mehrzahl der Fälle doch noch zum Tode des Kindes führen, da man zur Frühgeburt in der 28. bis 30. Woche der geringen Aussichten wegen, das Kind zu erhalten, nur bei wirklicher Lebensgefahr der Mutter schreiten dürfe.

Zur Illustration des ersten Falles will ich folgendes kurz berichten. Eine Frau suchte nach 2 Geburten, in denen das Kind perforiert werden musste, die Jenenser Klinik auf, um ein lebendes Kind zu erhalten. Die Beckenmessung ergab ein platt-

rhachitisches Becken, Conjugata vera 7,2 cm, Querdurchmesser des Eingangs 12,4 cm. Es wurde die Indikation gestellt, die Frühgeburt in der 34. Woche einzuleiten. Die Geburt fand statt und wurde durch Wendung und Extraktion beendigt. Die Extraktion des nachfolgenden Kopfes bot grosse Schwierigkeiten, am Schädel trat eine tiefe löffelförmige Impression ein. Das Kind war tief asphyktisch und wurde erst nach $1^1/_4$ Stunde durch Schultze'sche Schwingungen wiederbelebt, nach 6 Stunden starb es, wie die Sektion zeigte, infolge eines intrakraniellen Blutergusses. Die Masse gingen über die eines ausgetragenen Kindes mittlerer Grösse hinaus. Jedenfalls hat von Seiten der Mutter ein Irrthum von 4 Wochen in der Zeit der letzten Regel stattgefunden, der verhängnisvoll für das Kind geworden ist, oder das Kind würde bei rechtzeitiger Geburt bedeutend über die Durchschnittsmasse gross gewesen sein.

Aus allem, was vorher gesagt worden ist, geht hervor, dass die Aussichten ein lebendes bezw. lebensfähiges Kind zu erhalten sehr gering waren, und dass, wenn die Frau ein lebendes Kind haben wollte, das Ende der Schwangerschaft abgewartet werden musste, um dann den Kaiserschnitt zu machen.

Es handelt sich bei uns nur um die relative Indikation zum Kaiserschnitt im Gegensatz zur absoluten. Die absolute Indikation zur Sectio caesarea tritt ein, sobald ein zerstückeltes Kind ohne Schaden für die Mutter per vias naturales nicht mehr geboren werden kann. Bei der traurigen Prognose, die der alte Kaiserschnitt bot. es wird eine Mortalität von 80 % angegeben, schien es natürlich rationeller, alles andere eher zu machen wie den Kaiserschnitt. Zu wünschen war, dass dieser dunkle Punkt der Perforation lebender Kinder durch Verbesserung der Prognose der Sectio caesarea verschwand. Ein wichtiger Schritt auf dieser Bahn wurde dadurch gethan, dass Porro in Mailand am 21./V. 1876 mit der Ausführung des Kaiserschnitts die supravaginale Amputation des Uterus und Exstirpation der Ovarien verband, um die früheren Gefahren der Sectio caesarea, die Blutung und die durch Übertritt der Lochien in die Bauchhöhle bedingte Infektion zu vermeiden. Schnell gewann diese Operation an Beliebtheit. Ein Vorschlag nach dem andern tauchte auf, um die Technik der-

selben zu vereinfachen und zu verbessern, und welches war das Resultat? Sänger*) giebt in seiner Statistik von 70 Fällen eine Mortalität von 54,4 % an.

Diese Mortalität von 54,4 % und der Umstand, dass die klassische Sectio caesarea bei Uterusfibromen bessere Resultate lieferte als der Kaiserschnitt mit nachfolgender supravaginalen Amputation des Uterus, veranlassten Sänger zu der Frage, ob nicht durch Ausbildung und Verbesserung der Uterusnaht die Prognose des Kaiserschnitts hinsichtlich des Lebens der Frau und Erhaltung ihrer Generationsfähigkeit zu verbessern wäre. Er ging hierbei von der Überlegung aus, dass der Uterus als ein mit Peritoneum bekleidetes Organ dem Darm zu vergleichen wäre, und dass eine modificierte Darmnaht primären Schluss der Uterinwunde zustande bringen müsste. Zu diesem Zweck empfahl er die Unterminierung der Serosa und subperitonale Resektion der Uteruswand, damit sich Serosa besser an Serosa anlegen sollte. Die Naht sollte nach ihm eine doppelreihige Knopfnaht oder die Matratzennaht mit oberflächlichen sero-serösen Nähten sein. Ob Drainage des genähten Uterus nötig wäre, das wollte er der Zukunft überlassen.

Gleichzeitig mit Sänger machte auch Kehrer seine Vorschläge zur Verbesserung des Kaiserschnitts. Kehrer wollte nicht wie Sänger einen Längsschnitt in den Uterus machen, sondern einen Querschnitt am vorderen Umfange des inneren Muttermundes, weil sich hier der Knickungswinkel des anteflektierten Organs befindet, und dieser Umstand günstig einwirke, um das Klaffen der Wunde zu vermeiden. Er schlug ferner vor, das Bauchfell in der Umgebung der Wunde nur loszulösen, um es besser bei der Naht einfalzen zu können. Als Naht empfahl er ebenfalls die uterine Doppelnaht, d. h. Muskel- und Bauchfellnaht, die Muskelnaht aber sollte so angelegt werden, dass die Decidua nicht mitgefasst würde, um eine Infektion von den Stichkanälen aus zu vermeiden. Ferner empfahl er, bei jedem Kaiserschnitt mehrere Peritonealdrains einzulegen. In der Praxis stellten

---

*) Sänger, „Kaiserschnitt bei Uterusfibromen nebst vergleichender Methodik der Sect. caes. und der Porro-Operation etc." Leipzig 1882.

sich nun bald Verbesserungen dieser Vorschläge ein. Leopold vereinfachte zuerst die Resektion der Muscularis, bei seiner fünften Sectio caesarea unterliess er sie überhaupt und nahm auch Abstand von Unterminierung der Serosa. Die Drainage des Uterus hatte sich bald als überflüssig herausgestellt. Schultze wandte in dem von ihm am 25./I. 86 mit glücklichem Erfolg ausgeführten Kaiserschnitt die sero-seröse Naht in der Weise an, wie sie im Operationsprotokoll angegeben ist.

Im folgenden habe ich eine Statistik der reinen Porro-Operationen zusammengestellt, d. h. derjenigen Operation, bei der sich an den Kaiserschnitt am normalen Ende der Schwangerschaft oder in der Nähe desselben die supravaginale Amputation des Corpus Uteri und Exstirpation der Ovarien anschliessen, doch dürfen die entfernten Teile nicht durch Neubildungen verändert sein. Demgemäss habe ich alle Fälle von Kaiserschnitt bei Uterusfibromen oder wegen Ovarialtumoren oder Missbildungen des Uterus gefolgt von der supravaginalen Amputation des Uterus ausgeschieden. Ebenso sind die Fälle von supravaginaler Amputation des Uterus nach Ruptur in eine besondere Tabelle gebracht. Tabelle II bis VI umfasst die eben erwähnten Operationen und auch noch einige andere, die manchmal als Porro-Operationen bezeichnet werden.

Im allgemeinen jedoch muss man sagen, dass die Statistiken häufig nicht den Wert haben, der ihnen vielfach beigelegt wird. Wertvoll werden sie erst, insofern sie zeigen, welche Resultate unter gleichen Verhältnissen z. B. in der Hand einzelner Operateure erreicht worden sind. Bei Berechnung des Prozentsatzes der Mortalität muss man sich davon leiten lassen, welche prognostische Aussichten in jedem einzelnen Falle zu Beginn der Operation vorhanden waren. Als günstig bezeichnete ich die Aussichten, wenn die Operationen bei befriedigendem Allgemeinzustande in den ersten 24 Stunden der Geburt ausgeführt keine Complikationen boten, als ungünstig erschienen mir die Fälle, wo die Geburt schon längere Zeit im Gange, das Kind tot, die Kräfte sehr herabgekommen waren, oder Fieber bestand. Drittens sind noch einige Fälle vorhanden, in denen die Frauen als moribund zu bezeichnen waren. Ferner sind Fälle angegeben, in denen die

näheren Umstände, unter welchen operiert wurde, in der mir vorliegenden Litteratur nicht angegeben waren. Zu meiner Statistik wurden die Abhandlungen und Statistiken von Levy (Die Methode des Kaiserschnitts nach Porro. Wiener Klinik. 1880. Heft 11,12.), Sänger (Kaiserschnitt bei Uterusfibromen u. s. w. Leipzig 1882), C. Godson (British medical Journal. Jan. 1884 und Jan. 1885), Touzzi (Annali univers. di med. Mailand Okt. 1884 und Jan. 1885), Daucourt (Opérations césariennes et de Porro. Paris 1884) benutzt, resp. es findet in ihr eine Vergleichung, Ergänzung und Fortführung dieser Arbeiten bis auf die neueste Zeit statt.

Tabe
Statistik

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn vor der Operation.	Blasensprung vor der Operation.	Unte chei sicht rie
1	1	1876. 21. V.	E. Porro, Pavia.	25 I.	Rhachitis. Pseudo-osteomalacie.	C. v. 4,0.	7 Std.	6 Std.	gü
2	1	1877. 3. I.	Inzani, Parma.	32 IV.	Osteo-Sarkom des Beckens.		20 Std.		ung
3	2	28. III.	Hegar, Freiburg.	32 I.	Rhachitis. Lumbodorsalkyphose.		4 Tg.		ung
4	3	25. IV.	Previtali, Bergamo.	I.	Rhachitis		5 Tg.		mo
5	4	22. VI.	Spaeth, Wien.	40 X.	Osteomalacie	C. v. 6,8.	3 Std.		gü
6	5	3. IX.	Spaeth, Wien.	29 IV.	Osteomalacie	C. v. 8,2.	36 Std.		un
7	6	5. IX.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	40 VIII.	Osteomalacie	C. v. 8,2.	15 Std.		un
8	7	16. XII.	Chiara, Mailand.	37 I.	Rhachitis.	C. v. 4,3.	Nicht begonnen.		gü
9	1	1878. 4. II.	P. Müller, Bern.	37 VI.	Osteomalacie		$3\frac{1}{2}$ Tg.	ca. 3 Tg.	un
10	2	11. IV.	Franzolini, Udine.	35	Ascites. Anasarca. Lungenoedem.		Nicht begonnen.		mo
11	3	14. IV.	Wasseige, Lüttich.	39 I.	Rhachitis.	C. d. 5,0.	18 Std.		gü
12	4	11. V.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	26 I.	Rhachitis.	C. v. 5,0.	11 Std.		gü
13	5	22. V.	Chiara, Mailand.	23 III.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	12 Std.		gü
14	6	27. V.	Tibone, Turin.	27 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	12 Std.		gü

[...]reinen Porro-Operationen.

Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
g.	L.			Stiel extraperitoneal.	Della amputatione utero ovaric. etc. Porro. Mailand 1876. Annal. univ. di med. Mailand 1876. Levy. Wiener Klinik 1880.
†	L.	3 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl. Pat. war erschöpft durch die maligne Erkrankung.	Annal. de gynécol. Dec. 1879. Levy, Wiener Klinik 1880.
†	L.	4 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl. Op. wurde bei bestehender Albuminurie und Eklampsie.	Centralblatt f. Gyn. 1879. No. 11.
†	†	30 Std.	Erschöpfung.	Stiel extrpl. Erschöpfung infolge der langen Geburtsdauer.	Perolio Un' altra guarita di operazione cesarea etc. Brescia 1879. Levy, Wien. Klin. 1880.
[...]	L.			Stiel extrpl.	Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 4.
†	†	7 Tg.	Septicaemie.	Kind maceriert. Stiel extrpl.	Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 4.
	L.	2 Tg.	Septische Peritonitis.	Pat. war erschöpft durch die Osteomalacie. Stiel extrpl.	Wiener med. Wochenschrift No. 23. Pawlik.
	L.	6 Tg.	?	Stiel extrpl.	Chiara, „Fatti e commenti clinici espositi." Milano 1878. Levy, Wien. Kl. 1880.
	†			Op. bei bestehendem Fieber und Tympanites uteri. Kind faul. Stiel extrpl. Uterus vorgewälzt.	Müller, „Der moderne Kaiserschnitt". Berlin 1882. C.-Bl. f. Gyn. 1878 No. 5.
	2 L.	36 Std.	Ascites. Anasarca. Lungenoedem.	Zwillinge diagnosticiert. Einleitung der Frühgeburt nicht gelingend. Der Kinder wegen Op. Stiel extrpl.	Annal. univ. di med. Mailand 1878. Giornale veneto di sc. med. 1879. Levy, Wien Kl. 1880.
	L.			Stiel extrpl.	Bull. de l'acad. Royale de med. de Belg. 1878. Ann. Soc. med. chirurg. de Liège 1879. C.-Bl. f. Gyn. 1878. No. 19.
	L.			Stiel extrpl.	Pawlik. Wien. med. Wochenschr. 1879. No. 23.
	L.	4 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	„Fatti e commenti espositi." Chiara 1878. Annal. univ. di med. Mailand 1878. Levy, Wien. Kl. 1880.
	L.	40 Std.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. etc. Milano 1879. Levy, Wien. Kl. 1880.

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn vor der Operation.	Blasensprung vor der Operation.	Unter w chen A sichten c rierend
15	7	1878. 14. VI.	Litzmann, Kiel.	29 II.	Allgem. verengtes plattes asymmetrisches Becken.	C. v. 7,0—7,3.	2 Tg.	ca. 2 Tg.	ungün
16	8	10. VII.	Breisky, Prag.	32 I.	Rhachitis.	C. v. 6,2—6,7.	2 Std.	2 Std.	günst
17	9	3. VIII.	Wasseige, Lüttich.	21 1.	Rhachitis.	C. v. 2,5.			ungün
18	10	23. VIII.	Perolio, Brescia.	25 I.	Rhach. Pseudo-osteomal.	C. v. 6,5.	15 Std.	Einige Std.	günst
19	11	15. IX.	Riedinger, Brünn.	33 I.	Rhachitis.	C. v. 5,5.	14 Std.	7 Std.	günst
20	12	7. X.	Fehling, Stuttgart.	30 I.	Rhach. Pseudo-osteomal.	C. d. 5,4.	ca. 18 Std.		günst
21	13	19. X.	Chiara, Mailand.	43 VII.	Osteomalacie		15 Std.		günst
22	14	13. VII.	G. Braun, Wien.	30 I.	Rhachitis.	C. v. 5,5.	24 Std.	12 Std.	günst
23	15	30. XII.	Previtali, Bergamo.	I.	?		ca. 1 Tg.		ungün
24	1	1879. 17. I.	Tibone, Turin.	30 I.	Rhachitis.	C. v. 5,0.	ca. 2 Tg.		ungü
25	2	2. II.	Fochier, Lyon.	23 I.	Osteomalacie	C. v. 4,0.	ca. 1 Tg.		güns
26	3	11. II.	Coggi, Cremona.	30 I.	Rhachiti	C. v. 6,5.	5 Std.		güns
27	4	1. III.	Fibone, Turin.	39 I.	Rhachitis.	C. v. 4,0.	Nicht begonnen.		güns
28	5	20. III.	Peyretti, Turin.	32 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	ca. 24 Std.		güns
29	6	30. III.	Tarnier, Paris.	36 I.	Rhachitis.	C. d. 6,0.	5 Tg.	2 Tg.	ungü
30	7	2. IV.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	25 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	24 Std.	Einige Std.	güns
31	8	3. V.	Previtali, Bergamo.	I.	?		ca. 1 Tg.		güns
32	9	16. V.	Berruti, Turin.	31 I.	Rhachitis.	C. v. 5,5.	12 Std.	Einige Std.	güns

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
6 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl. Op. bei bestehendem Fieber.	C.-Bl. f. Gyn. 1879. No. 1.
		Stiel extrpl.	Archiv f. Gyn. Bd. 14.
46 Std.	Intraperitoneale Haemorrhagie.	Op. bei bestehendem Fieber. Ecraseur durchschnitt das brüchige Uterusgewebe. Stiel extrpl.	Bull. de l'Acad. Royale de méd. de Belg. 1878. C.-Bl. f. Gyn. 1878. No. 26.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 4.
		Stiel extrpl.	Wien. med. Wochenschr. 1879. No. 20, 21.
5 Tg.	Septicaemie.	Stiel extrpl.	C.-Bl. f. Gyn. 1878. No. 24.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 8.
2 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Wien. med. Wochenschr. 1879. No. 12 etc.
30 Std.	Shock.	Stiel extrpl. Kind faul.	Annal. de Gynécologie. 1880. C. Godson, Brit. med. Journal. Jan. 1884.
		Stiel extrpl.	Annal. de Gyn. 1879. Annal. di ostetr. etc. Milano 1879. Levy, Wien. Klin. 1880.
		Stiel extrpl.	Lyon médical. 1879. Tome 31. Archiv de Tocologie. Paris Nov. 1879. C.-Bl. f. G. 1880. No. 8.
8 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. etc. 1880. Levy, Wien. Klin. 1880.
36 Std.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl. Bei der Operation drängten sich die Gedärme aus der Bauchwunde heraus.	Annal. de Gyn. Dec. 1879. Levy, Wien. Klin. 1880.
10 Tg.	Trismus. Tetanus.	Stiel extrpl.	Taglio Cesarea etc. Torino 1879. Levy, Wien. Klin. 1880.
		Das Kind starb intra partum und war faul. Stiel extrpl.	Annal. de Gyn. August 1879. C.-Bl. f. Gyn. 1879. No. 22.
		Stiel extrpl.	Wien. med. Wochenschr. 1880. No. 10. Pawlick.
20 Std.	Shock.	Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. etc. 1880 März. C. Godson. Brit. med. Journal. Jan. 1884.
		Stiel extrpl. Die Geburt fand einige Wochen zu früh statt.	L'Independente di Torino 1879. Giornal. internaz. del sc. med. Napoli 1880. C.-Bl. f. G. 1879. No. 23.

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn vor der Operation.	Blasensprung vor der Operation.
33	10	1879. 25. V.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	26 I.	Rhachitis.	C. v. 5,0.	8 Std.	
34	11	19. VI.	Mangiagalli, Mailand.	24 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	24 Std.	Einige Std.
35	12	20. VI.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	23 I.	Rhachitis.	C. v. 5,0.	6 Std.	
36	13	28. VIII.	Chiara, Mailand.	25 II.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	Nicht begonnen.	
37	14	19. XI.	LucasChampionnière, Paris.	26 II.	Rhachitis.	C. d. 6,3.	9 Std.	
38	15	6. XII.	LucasChampionnière, Paris.	28 I.	Rhachitis.	C. v. 4,8.	ca. 1 Tg.	
39	16	30. XII.	LucasChampionnière, Paris.	23 I.	Rhachitis.	C. d. 4,3.	36 Std.	24 Std.
40	1	1880. 2. I.	Heusner, Barmen.	22 I.	Rhachitis.	C. v. 6,25.	60 Std.	48 Std.
41	2	9. I.	Previtali, Bergamo.	I.	Rhachitis.		ca. 1 Tg.	
42	3	11. I.	Valtorta, Venedig.	26 IV.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	37 Std.	
43	4	17. I.	LucasChampionnière, Paris.	43 I.	Rhachitis.	C. v. 5,3.	2 Tg.	
44	5	16. II.	Hubert, Louvain.	27 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	14 Std.	
45	6	17. II.	Chiarleoni, Mailand.	29 IV.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	Nicht begonnen.	
46	7	25. II.	Mangiagalli, Mailand.	20 I.	Rhachitis.	C. v. 4,5.	Nicht begonnen.	
47	8	7. III.	G. Braun, Wien.	30 I.	Zwergbecken.	C. v. 5,5.	2 Std.	
48	9	7. III.	Cuzzi, Modena.	35 I.	Trichterbecken.		6 Std.	

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
4 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Wien. med. Wochenschr. 1880. No. 10. Pawlick.
		Stiel extrpl.	Mangiagalli, Osservazione di amputaz. etc. Milano 1879. Annal. di ostetr. 1879. C.-Bl. f. G. 1880. No. 12.
		Stiel extrpl. Nach der Heilung stellte sich Geistesstörung ein, später genesen.	Wien. med. Wochenschr. 1880. No. 16. Pawlick.
		Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. 1879. Daucourt, Opérations césariennes et de Porro. Paris 1884.
		Stiel extrpl.	Journ. de méd. et de chirurg. April 1880. Daucourt, Opér. cés. etc. 1884.
2 Tg.	Shock.	Stiel extrpl.	Annal. de Gyn. Dec. 1879. April 1880. Levy, Wien. Klin. 1880.
		Stiel extrpl.	Maygrier, Étude sur l'opération de Porro. Paris 1880. Daucourt, Op. césar. etc. 1884.
3 Tg.	Septicaemie.	Stiel extrpl. Zersetzter Uterusinhalt war in das Abdomen geflossen. Die Drahtschlinge riss, collossale Blutung. Kind faul.	C.-Bl. f. G. 1880. No. 7 Aly.
48 Std.	Shock.	Stiel extrpl.	Mangiagalli, Annal. di ostetr. April 1880. C. Godson, Brit. med. Journal. 1884.
5½ Std.	Shock.	Stiel extrpl. Kind frischtot.	Mangiagalli, Annal. di ostetr. April 1880. C. Godson, Brit. med. Journal. 1884.
30 Std.	Shock.	Stiel extrpl. Kind starb 3 Tg. post partum.	Annal. de gyn. April 1880. C. Godson, Brit. med. Journal 1884.
32 Std.	Haemorrhagie. Peritonitis.	Stiel extrpl.	Journal des Scienc. méd. de Louvain 1880. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
3 Tg.	Nachblutung.	Stiel extrpl.	Siehe unter No. 41.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 41.
		Stiel intrprl.	Wien. med. Wochenschr. 1880. No. 26. Felsenreich.
4 Tg.	Septische Peritonitis.	Op. bei Albuminurie und Pyelonephritis. Stiel extrpl.	Siehe unter No. 41.

3*

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ursache der Operation.	Beckenmass in cm.	Wehenbeginn vor der Operation.	Blasensprung vor der Operation.	Unt[illegible] chen [illegible] sichten [illegible] rien[illegible]
49	10	1880. 21. III.	G. Veit, Bonn.	36 VIII.	Osteomalacie		Kurz vorher.		gü[illegible]
50	11	III.	Laroyenne, Lyon.	33 II.	Atresie der Vagina.		nicht begonnen.		g[illegible]
51	12	8. IV.	Taylor, New-York.	29 II.	Rhachitis.	C. v. 5,8.	nicht begonnen.		güns[illegible]
52	13	15. IV.	Heusner, Barmen.	33 V.	Osteomalacie	C. v. 6,5.		12 Std.	ung[illegible]
53	14	23. IV.	Heusner, Barmen.	29 I.	Rhachitis.	C. v. 5,0.	24 Std.		[illegible]
54	15	3. V.	Halbertsma, Utrecht.	20 I.	Ruptura uteri incompleta. Becken mässig eng.	C. v. 8,0.	30 Std.		u[illegible]
55	16	28. V.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	27 II.	Rhachitis.	C. v. 6,3.		Einige Std.	g[illegible]
56	17	1. VI.	Omboni, Cremona.	33 I.	Rhachitis.	C. v. 4,5.	11 Std.		g[illegible]
57	18	13. VI.	Tarnier, Paris.	20 I.	Osteomalacie		Kurz vorher.		g[illegible]
58	19	24. VI.	Peruzzi, Lugo.	37 I.	Rhachitis.	C. v. 5,0.		Viele Std.	ung[illegible]
59	20	3. VII.	Ramello, Turin.	19 I.	Rhachitis.	C. v. 5,0.	9 Tg.		u[illegible]
60	21	4. VII.	Oppenheimer, Würzburg.	44 XIII.	Osteomalacie		10 Std.		g[illegible]
61	22	23. VII.	Pasquali, Rom.	37 I.	Rhachitis.	C. v. 3,5.	24 Std.		g[illegible]
62	23	18. IX.	G. Veit, Bonn.	22 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5—7,0.	Nicht begonnen		g[illegible]
63	24	22. IX.	Elliot-Richardson, Philadelphia.	25 I.	Zwergbecken.	C. v. 4,75.	Nicht begonnen.		g[illegible]
64	25	24. IX.	Herrgott, Nancy.	29 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	24 Std.		g[illegible]
65	26	1. X.	Gasca u. Copasso, Turin.		Rhachitis.				
66	27	21. X.	Fiki, Warschau.	27 I.	Rhachitis.	C. v. 5,2.	3 Tg.		ungü[illegible]

Kind.	Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
l.	6 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel intrpl.	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 5. S. 261.
l.	3 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Soc. med. Lyon. C. Godson, Brit. med. Journ. Jan. 1885.
l.	26 Tg.	Embolie. Phlegmasia alba dolens.	Stiel intrpl.	Americ. Journ. of med. Scienc. Juli 1880. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
†	4 Tg.	Septicaemie.	Op. bei geringer Erschöpfung. Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1883. No. 42.
†	2 Tg.	Blutverlust. Carbolismus.	Op. bei Erschöpfung durch Blutverlust und Entbindungsversuche. Kind intra partum perforiert. Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1883. No. 42.
l.			Ruptur entstand bei Wendungsversuch. Stiel extrpl.	Weekblad v. h. Nederl. Tijdschrift voor Geneesk. 1880. No. 36. C.-Bl. f. G. 1881. No. 3.
l.			Stiel extrpl.	Levy, Wien. Klin. 1880.
l.	7 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. 1881. Sänger, Kaiserschnitt etc. 1882. Tab. A. No. 54.
l.	13 Std.	Shock.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
l.			Stiel extrpl. Op. bei Tetanus uteri.	Raccoglitore med. di Forli 1880. C.-Bl. f. G. 1881. No. 4.
†			4 Tg. vor der Op. Zangenversuch. Kind starb intra partum und faulte. Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. 1880. C.-Bl. f. G. 1881. No. 5.
l.			Stiel extrpl.	Ärztliches Intelligenzblatt. München 1882. No. 19.
?	6 Tg.	Pyaemie.	Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. 1880. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
l.			Stiel intrpl.	C.-Bl. f. G. 1881. No. 9. Lewis.
l.			Stiel extrpl.	Americ. Journ. of med. Scienc. Jan. 1881. C.-Bl. f. G. 1881. No. 18.
l.	4 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Revue médicale de l'Est. 1881. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
†				Archiv de Tocologie. Sept. 1880. Sänger, Kaiserschnitt etc. 1882. Tab. A. No. 64.
[illegible]	5 Tg.	Tetanus. Peritonitis.	Stiel extrpl.	Operacya cięcia cesarskiego etc. 1880. Godson, Brit. med. Journ. 1884.

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wievielt gebärend	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn (vor der Operation.)	Blasensprung (vor der Operation.)	Unter chen sichten riere
67	28	1880. XI.	Fochier, Lyon.	38 I.	Rhachitis.	C. v. 3,0.	2 Tg.		ungü
68	29	3. XII.	Tibone, Turin.	38 IV.	Osteomalacie	C. v. 6,5.	55 Std.		ungü
69	30	7. XII.	Hegar, Freiburg.	34 I.	Rhachitis	C. v. 7,3.	kurz vorher		ungü
70	31	7. XII.	De Rull, Barcelona.	30 II.	Atrecie der Vagina.		48 Std.		ungü
71	32	15. XII.	G. Braun, Wien.	29 IV.	Osteomalacie		5 Std.		güns
72	1	1881. 21. I.	Kreuzmann, Hauser, Erlangen.	I.	Scoliotisch schräg verengtes Becken.		2 Tg.	ca. 10 Std.	ung
73	2	21. I.	Parona, Novara.	27 I.	Rhachitis.	C. v. 6,3.	Nicht begonnen.		güns
74	3	22. I.	Breisky, Prag	28 I.	Rhachitis.	C. v. 6,7—7,2.	2 Tg.		güns
75	4	29. I.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	29 I.	Rhachitis.	C. v. 4,0.	kurz vorher		güns
76	5	19. II.	P. Müller, Bern.	26 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	30 Std.		güns
77	6	21. II.	A. R. Simpson, Edinburgh.	24 I.	Rhachitis.	C. v. 5,7.	Nicht begonnen.		güns
78	7	7. III.	Warren, Sidney.	32	Tubo-ovarial-Schwangerschaft VIII ms.		Nicht begonnen.		güns
79	8	6. IV.	Olivieri, Neapel.	20 I.	Rhachitis.	C. v. 6,3.	6 Std.		güns
80	9	7. IV.	Werth, Kiel.	38 III.	Rhachitis.	C. v. 4,0.	Nicht begonnen.		güns
81	10	4. V.	Fehling. Stuttgart.	30 IV.	Osteomalacie		19 Std.		güns
82	11	22. V.	Guichard, Angers.	25 I.	Rhachitis.		Nicht begonnen.		güns
83	12	8. VI.	Oppenheimer, Würzburg.	32 III.	Osteomalacie		14 Std.		ungü
84	13	22. VI.	Nicolini, Mailand.	22 I.	Rhachitis.	C. v. 6,8—7,0.	Nicht begonnen.		güns

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
3 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Soc. med. Lyon. Godson, Brit. med. Journ. 1885.
29 Std.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl. Op. bei vorhandener Peritonitis.	Annal. di ostetr. 1881. C.-Bl. f. Gyn. 1881. No. 16.
9 Tg.	Emphysem. Pneumonia catarrhalis. Bronchitis chron.	Op. bei bestehender chron. Bronchitis u. Emphysem. Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
4 Std.	Shock. Blutung.	Kind faul. Stiel extrpl. Schlingenschnürer gebrochen.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Anzeiger d. k. k. Gesellschaft der Aerzte. Wien 3. Febr. 1881. C.-Bl. f. Gyn. 1881. No. 12.
2 Tg.	Peritonitis. Pyelonephritis. Mitralstenose.	Stiel intrpl. Fruchtwasser schon bei Blasensprung zersetzt. Vorfall der pulslosen Nabelschnur. Kind faul.	Zweifel, Archiv f. Gyn. Bd. 17.
8 Tg.	Tetanus.	Stiel extrpl.	L'Independente di Torino 1881. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1881 No. 9.
		Stiel extrpl.	Wiener med. Wochenschrift 1883. No. 45.
		Stiel extrpl.	Müller, „Der moderne Kaiserschnitt". 1882. C.-Bl. f. G. 1882. No. 47.
2 Tg.	Peritonitis.	Bei der Op. floss etwas Blut in die Bauchhöhle.	Brit. med. Journ. 11. Juni 1881. C.-Bl. f. G. 1881. No. 17.
2 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Brit. med. Journ. 27. Aug. 1881.
30 Std.	Shock.	Stiel extrpl.	Godson. Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl. Pat. hatte schon 2 S. C. überstanden.	Archiv f. Gyn. Bd. 18.
		Stiel extrpl.	Bayer, Arch. f. G. Bd. 18. C.-Bl. f. G. 1884. No. 2.
3 Tg.	Shock.	Stiel extrpl.	Annal. de Gynéc. May 1882. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
4 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Siehe unter No. 60.
		Stiel extrpl.	Annal univ. di med. 1881. C.-Bl. f. Gyn. 1882. No. 9.

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn vor der Operation.	Blasensprung vor der Operation.	Unter chen sichten riere
85	14	1881. 30. VIII.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	38 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	Kurz vorher.		güns
86	15	3. X.	Heusner, Barmen.	36 I.	Rhachitis.	C. v. 6,25.	32 Std.		ungü
87	16	9. X.	Negri, Mailand.	33 V.	Osteomalacie		26 Std.		ungü
88	17	22. X.	Chiara, Mailand.	23 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	1 Tg.		güns
89	18	22. X.	Calderini, Parma.	27 II.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	3 Tg.		ungü
90	19	7. XII.	Valenta, Lubi	42 VIII.	Osteomalacie		12 Std.	7 Std.	ungü
91	20	11. XII.	Grigg, London.	34 I.	Rhachitis.	C. v. 4,0.	16 Std.		güns
92	21	22. XII.	Herrgott, Nancy.	34 I.	Rhachitis.	C. v. 2,5.	5 Tg.		ungü
93	22	31. XII.	G. Braun, Wien.	35 IX.	Osteomalacie	C. v. 8,5.			ungü
94	23		Pasquali, Rom.	38 I.	Rhachitis.	C. v. 5,5.	1 Tg.		gün
95	1	1882. 3. I.	Morisani, Neapel.	38 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	6 Std.		gün
96	2	7. I.	Breisky, Prag.	30 I.	Rhachitis.	C. v. 7,0.	Nicht begonnen.		gün
97	3	9. III.	Spaeth, Wien.	21 I.	Robertsches Becken.		Nicht begonnen.		gün
98	4	10. III.	Dozzi, Motta di Livendza.	28 I.	Rhachitis.	C. v. 8,0.	24 Std.		ungü
99	5	15. III.	Krukenberg, Bonn.	30 III.	Agone.		Nicht begonnen.		morib
100	6	23. III.	Fehling, Stuttgart.	39 X.	Osteomalacie		16 Std.		güns
101	7	IV.	G. Braun, Wien.	31 I.	Zwergbecken.		Nicht begonnen.		ungü

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
3 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl. Im peritonitischen Exsudate 2 eingekapselte Schwämme.	Wiener med. Wochenschrift 1883. No. 45.
3 Tg.	Septicaemie.	Stiel extrpl. Kind vor der Op. perforiert.	C.-Bl. f. G. 1883. No. 42.
		Stiel extrpl.	Due nuovi casi di Taglio Cesar. etc. Negri. Milano 1881. C.-Bl. f. G. 1882. No. 22.
		Stiel extrpl.	Due nuovi casi di Taglio Cesar. etc. Negri. Milano 1881. C.-Bl. f. G. 1882. No. 22.
	Peritonitis.	Stiel extrpl.	L'Osservatore, Gazz. de Clin. di Torino 1882. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
7 Std.	Shock.	Elende Person. Stiel extrpl. Bei der Sektion waren im Douglas'schen Raum frische Blutgerinnsel.	Truzzi, Annal. univers. di med. Mailand 1884.
24 Std.	Shock. Peritonitis.	Stiel extrpl.	New-York medical Record. 8. April 1882. C.-Bl. f. G. 1882. No. 28.
1 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journal 1884.
5 Tg.	Septische Peritonitis.	Op. nach starkem Blutverlust. Bei der Op. stürzen die Gedärme hervor, ein Stück wird durch den Ecraseur mit eingeklemmt. Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1882. No. 25.
5 Tg.	Septische Peritonitis.	Am 4. Tg. post op. schlüpfte der Stumpf sammt Ecraseur in die Bauchhöhle zurück. Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. Oct. 1881. C.-Bl. f. G. 1882. No. 5.
24 Std.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl. Kind starb am 7. Tg. post partum an Pneumonie.	Prager med. Wochenschr. 1882. Daucourt, Opérations césariennes et de Porro Paris 1884.
		Stiel extrpl.	Allgem. Wien. med. Ztg. 1882.
24 Std.	Shock.	Stiel extrpl. Op. fand statt bei bestehendem Aussatz.	Gazz. med. Ital. Prov. Venete. 1882. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
1½ Std.	Lungenoedem.	Op. wurde bei Gr. von 28 Wochen wegen Lungenoedem, Pneumonie, multipler Sclerose. Kind †. 16 Std. post partum. Stiel extrpl.	Arch. f. Gyn. Bd. 28.
		Stiel extrpl.	Arch. f. Gyn. Bd. 20.
1 Tg.	Anaemie.	Stiel extrpl. Elende Person.	Fürst, Klin. Mitteil. über Geb. u. Wochenb. 1883. Godson, Brit. med. Journ. 1884.

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ursache der Operation.	Beckenmass in cm.	Wehenbeginn vor der Operation.	Blasensprung vor der Operation.
102	8	1882. 5. V.	G. Braun, Wien.	40 X.	Osteomalacie			5 Std.
103	9	10. V.	Grossmann, Omaha.	23 I.	Rhachitis.	C. v. 5,2.	6 Std.	
104	10	24. V.	Breisky, Prag.	28 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	Nicht begonnen.	
105	11	30. V.	Carrara, Brescia.	33 x.	Agone.		Nicht begonnen.	
106	12	14. VI.	V. Säxinger, Tübingen.	22 I.	Rhachitis.	C. v. 5,2.	7 Std.	
107	13	11. VII.	Cenci, Borgo.	26 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	36 Std.	18 Std.
108	14	2. IX.	Dejace, Lüttich.	25 II.	Atresie der Scheide.		Kurz vorher.	
109	15	23. IX.	Tansini, Lodi.	37 III.	Osteomalacie		3 Tg.	
110	16	26. IX.	v. Weber, Prag.	23 I.	Rhachitis.	C. v. 7,8.	4 Std.	
111	17	28. IX.	Pritzl, Wien.	39 III.	Carcinoma cervicis.		3 Std.	
112	18	17. X.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	36 X.	Osteomalacie	C. v. 8,0.	Nicht begonnen.	8 Std.
113	19	3. XI.	Jassinsky, Charkow.	24 I.	Kyphoscoliose. Rhachitis.	C. v. 8,0.	2 Std.	
114	20	24. XI.	Dohrn, Marburg.	38 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	10 Std.	
115	21	27. XI.	C. Godson, London.	24 I.	Beckenenge durch Verletzung in der Kindheit.	C. v. 4,0.	Nicht begonnen.	
116	22	2. XII.	Novi, Neapel.	24 I.	Rhachitis.	C. v. 5,2.	Kurz vorher.	
117	23	7. XII.	Porro, Mailand.	37 II.	Rhachitis.	C. v. 6,0.		2 Std.
118	24	8. XII.	Galabin, London.	35 X.	Carcinoma cervicis.		12 Std.	

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
4 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Fürst, Klin. Mitteilungen über Geburt u. Wochenbett. 1883. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
14 Std.	Shock. Erschöpfung.	Stiel extrpl. Kind kraniotomiert.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Prager med. Wochenschr. 1882. Allgem. Wien. med. Zeitschrift 1882. Nr. 28.
2 Std.	Shock. Erschöpfung.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
30 Std.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	L'Indipendente di Torino. Nov. 1882. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Bull. de l'acad. Royale de med. de Belg. Tome. 16. Daucourt, Opér. cés. etc. 1884.
		Stiel extrpl.	Gazz. med. Ital. Lombard. Mailand 1882. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
2 Tg.	Peritonitis purulenta.	Die Zwillinge waren diagnosticiert. Der Operateur hatte kurz vorher verjauchte Placentarreste entfernt. 7 Std. nach der Op. Nachblutung. Stiel extrpl.	Allgem. Wien. med. Ztg. Jan. 1883. C.-Bl. f. G. 1883. No. 16.
7 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
4 Tg.	Peritonitis. Thrombosierungen. Hydrothorax	Stiel intrpl.	Wiener med. Wochenschrift 1883. No. 45.
3 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Wien. med. Presse 1884. No. 43—45.
90 Std.	Meteorismus.	Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1883. No. 11.
		Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
3 Tg.	Volvulus.	Stiel extrpl.	Gazz. med. Ital. Lombarda 1883. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
4 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend	Ursache der Operation.	Becken-masse in cm.	Wehen-beginn vor der Operation.	Blasen-sprung vor der Operation.	Unte… chen… sichti… rie…
119	25	1882. 14. XII.	Kehrer, Heidelberg.	42 XIII.	Osteomalacie	C. v. 5,5.	Kurz vorher.	14 Std.	ung
120	26	20. XII.	Barsotti, Lucca.	38 VIII.	Osteomalacie		Kurz vorher.		un
121	27		Carafi, Paris.	43 x.	Rhachitis.	C. v. 5,1.	3 Tg.		un
122	28		Cuzzi, Modena.	35 I.	Kyphoscoliotisch. Becken.				
123	1	1883. 8. I.	Heywood Smith, London.	20 I.	Rhachitis.	C. v. 4,5.	48 Std.		un
124	2	15. I.	Kabierski, Breslau.	32 VI.	Rhachitis.	C. v. 5,5—6,0.	5 Std.		gü
125	3	24. III.	A. Martin, Berlin.	24 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	nicht begonnen.		un
126	4	28. III.	Porro, Mailand.	29 I.	Rhachitis.	C. v. 7,8.	nicht begonnen.		gü
127	5	19. IV.	G. Braun, Wien.	38 I.	Osteomalacie	C. v. 4,0.	30 Std.		ung
128	6	25. IV.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	23 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	Nicht begonnen		gü
129	7	26. IV.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	32 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	Nicht begonnen.		gü
130	8	1. V.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	39 II.	Osteomalacie		Nicht begonnen.		gü
131	9	3. V.	Celso Bonora, Reggio.	43 I.	Rhachitis.	C. v. 5,2.	3 Tg.		un
132	10	6. V.	Previtali, Bergamo.	39 XI.	Osteomalacie		6 Std.		gü
133	11	17. V.	Porro, Mailand.	35 I.	Rhachitis.	C. v. 5,8.	Nicht begonnen.		gü
134	12	7. VI.	Borsini, Piacenza.	35 II.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	4 Tg.		un
135	13	8. VI.	Morisani, Neapel.	20 I.	Rhachitis.	C. v. 5,5.			gü
136	14	17. VI.	Franzolini, Udine.	34 I.	Rhachitis	C. v. 6,5.	50 Std.	26 Std.	un
137	15	28. VI.	Porro. Mailand.	24 I.	Rhachitis.	C. v. 5,2.	Nicht begonnen.		gü
138	16	29. VI.	Parish, Philadelphia.	35 I.	Zwergbecken.		Nicht begonnen.		un
139	17	24. VIII.	Clemente Boni, S. Nicolo.	25 II.	Rhachitis.	C. v. 7,2.	20 Std.		un
140	18	29. VIII.	A. Martin, Neapel.	29 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	Nicht begonnen.		gü

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
		Op. fand statt bei Morbus Brightii und allgemeinem Hydrops. Kind war frischtot. Pat. †. 72 Tg. p. op. an Marasmus und Morbus Brightii. Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1884. No. 42.
24 Std.	Shock.	Op. bei bestehender Phthisis und Mitralinsufficiens. Stiel extrpl.	Imparziale di Firenze 1883. C.-Bl. f. G. 1883. No. 42.
	Blutung aus dem Stumpf.	Stiel extrpl. Nach der Op. traten hysterische Krämpfe auf. Das Kind † 4 Tg. p. op.	Progrès med. 1882. No. 33. C.-Bl. f. G. 1883. No. 19.
4 Tg.	Sepsis.	Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. Jan. 1883. C.-Bl. f. G. 1883. No. 40.
4 Tg.	?	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel intrpl.	C.-Bl. f. G. 1883. No. 18.
		Stiel extrpl. Op. bei bestehender Endocarditis.	C.-Bl. f. G. 1883. No. 36.
		Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
4 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Wien. med. Wochenschrift 1883. No. 45.
		Stiel extrpl. 8 Tg. p. op. trat Berstung der Bauchwunde mit Darm- und Netzvorfall ein. Pat. † 6 Wochen p. op. an Pneumonia catarrhalis und Decubitus.	Wien. med. Wochenschrift 1883. No. 45.
		Stiel extrpl.	Wien. med. Wochenschrift 1883. No. 45.
3 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Gazz. Provinc. di Bergamo 1883. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
35 Std.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl. Heruntergekommen durch Arthritis deformans.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
4 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Gazz. med. di Torino 1883. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
38 Std.	Shock. Erschöpfung. Nephritis.	Stiel extrpl. Op. bei bestehender Albuminurie.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
26 Tg.	Cerebralanaemie.	Bei der Op. bestand schon starke Anaemie. Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie viel gebärend.	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn (vor der Operation.)	Blasensprung (vor der Operation.)	Unter... chen ... sichten ... riere...
		1883.							
141	19	18. IX.	Kehrer, Heidelberg.	38 VI.	Carcinoma cervicis.		46 Std.		ungü
142	20	31. IX.	Frari, Padua.	30 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	8 Std.		günst
143	21	11. X.	Fehling, Stuttgart.	33 VII.	Osteomalacie	C. v. 7,0.	14 Std.		ungü
144	22	25. XII.	Hegar, Freiburg.	25 III.	Beckenenge.	.		36 Std.	ungü
		1884.							
145	1	9. I.	Spaeth, Wien.	38 IX.	Osteomalacie		$2^1/_2$ Tg.	15 Std.	ungü
146	2	26. I.	Fehling, Stuttgart.	32 VIII.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	12 Std.		güns
147	3	30. I.	Tibone, Turin.	18 I.	Rhachitis.	C. v. 2,8.	38 Std.		güns
148	4	14. II.	Hermann, London.	29 I.	Rhachitis.	C. v. 4,8.	48 Std.		ungü
149	5	15. II.	G. Braun, Wien.	30 IV.	Osteomalacie				ung
150	6	20. II.	Cuzzi, Vigevano.	34 VII.	Agone.				mori
151	7	12. III.	Rodriguez, Mexiko.	18 I.	Rhachitis.				ung
152	8	10. IV.	Léon Dumas, Montpellier.	30 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0		14 Std.	ung
153	9	2. V.	Franzolini, Sarcento.	II.	Osteomalacie	C. v. 6,4.	12 Std.		ung
154	10	17. V.	Ulietti, Bergamo.	34 IV.	Osteomalacie		3 Tg.	Kurz vorher	ung
155	11	10. VI.	Comolli, Como.	29 I.	Rhachitis.	C. v. 5,5.	Nicht begonnen.		ungü
156	12	19. VI.	Truzzi, Mailand.	25 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0.	Nicht begonnen.		gün
157	13	25. VI.	Breisky, Prag	24 I.	Rhachitis.	C. v. 4,3—4,8.	Kurz vorher		gün
158	14	28 VI.	Spaeth, Wien.	31 V.	Spondylolisthetisches Becken. Osteomalacie		24 Std.		gün
159	15	15. XII.	Chiara, Mailand.	33 I.	Rhachitis.	C. v. 4,8.	Nicht begonnen.		ungü

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
64 Std.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1884.
7 Tg.	Septische Peritonitis.	Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. 1883. Godson, Brit. med. Journ. 1884.
		Stiel extrpl. Bei einem Wendungsversuch riss das Scheidengewölbe quer ab.	C.-Bl. f. G. 1884. No. 2.
3 Tg.	Septicaemie.	Op. nach Wendung, Decapitation und Exenteration bei bestehendem Fieber, Tympanites uteri, Metritis und jauchigem Ausfluss. Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1884. 14.
		Stiel extrpl.	Lumpe, Arch. f. Gyn. Bd. 23.
		Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. Jan. 1885.
		Stiel extrpl.	Annal. di ostetr. 1884. Truzzi, Annal. univers. di med. 1884.
9 Tg.	Peritonitis. Lungenoedem. Nephritis.	Op. bei bestehender Nephritis und Bronchitis. 6 Tg. nach der Op. platzte die Wunde wieder auf. Stiel extrpl.	Medical Times. August 1884. C.-Bl. f. G. 1885. No. 19.
3 Tg.	?	Stiel extrpl. Elende Person.	Truzzi, Annal. univers. di med. Mailand 1884.
		Stiel extrpl.	Truzzi, Annal. univers. di med. 1884.
1 Tg.	Shock. Lebercirrhose. Secundäre Blutung.	Op. bei bestehendem Fieber und Dyspnoe. Stiel extrpl.	Truzzi, Annal. univers. di med. Jan. 1885.
6 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Annales de gynécologie. 1884.
12 Tg.	Pleuropneumonie.	Stiel extrpl. Kind war frischtot.	Gazz. degli Ospedali. 1884. No. 41. Truzzi, Anal. di univers. di med. 1884.
13 Tg.	Faeces im Peritonealraum.	Op. bei bestehendem Fieber. Stiel extrpl.	Truzzi, Annal. univers. di med. 1884.
4 Tg.	Septische Peritonitis.	Elende Person. Stiel extrpl.	Truzzi, Annal. univers di med. 1884.
		Stiel extrpl.	Truzzi, Annal. univers di med. 1884.
		Stiel extrpl.	Fleischmann, Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. 7. Prag.
7 Tg.	Peritonitis.	Stiel extrpl.	Archiv f. Gyn. Bd. 26.
1 Tg.	Nephritis.	Stiel extrpl. Op. bei bestehender Albuminurie und Uraemie.	Gazz. med. di Torino. Sept. 1884. Truzzi, Annal. univers. di med. 1884.

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn vor der Operation.	Blasensprung vor der Operation.	Unter- chen A sichten rieren
160	16	1884. 23. VII.	Guzzoni, Pavia.	40 VII.	Osteomalacie		Kurz vorher.		günst
161	17	23. VII.	Novi, Neapel.	33 I.	Rhachitis.	C. v. 6,7.	Kurz vorher.		günst
162	18	13. VIII.	Falaschi, Siena.	22 I.	Rhachitis.	C. v. 7,0.	87 Std.		ungü
163	19	23. X.	Lesi, Imola.	28 I.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	10 Std.	8 Std.	güns
164	20	1. XI.	Kleinwächter, Brünn.	34 IV.	Osteomalacie		36 Std.		ungü
165	21	13. XI.	Fritsch, Breslau.	27 I.	Allgemein und kyphoscoliotisch schräg verengtes Becken.		Nicht begonnen.		güns
166	22	26. XII.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	26 III	Osteomalacie		Kurz vorher.		güns
167	1	1885. 4. I.	Leopold, Dresden.	37 IV.	Rhachitis.	C. v. 5,0—5,5.	3 Tg.	3 Tg.	ungü
168	2	24. III.	Menzel.	30 I.	Rhachitis.	C. v. 6,0—6,5.	6½ Tg.	3 Tg.	ungü
169	3	28. IV.	Omori u. Ikeda, Fukuoka (Japan).		Stenosis vaginae		7 Std.		ung
170	4	4. V.	Breisky, Prag.	27 I.	Rhachitis.	C. v. 7,9—8,4.	36 Std.	20 Std.	ung
171	5	4. V.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	27 I.	Rhachitis.	C. v. 4,0.	Nicht begonnen.		gün
172	6	12. VI.	Kleinwächter, Brünn.	28 V.	Osteomalacie			3 Tg.	ung
173	7	28. X.	Weiss, Schwerin.	26 IV.	Stenosis vaginae		70 Std.	70 Std.	ung
174	8	1. XI.	Delesmare, Paris.	22 I.	Rhachitis.	C. d. 5,0.		3 Std.	güns
175	9	8. XII.	Leopold, Dresden.	33 V.	Carcinoma vaginae.		24 Std.		ung
176	10		Lesi, Imola.	23 I.	Scheidencollusion.		12 Std.		gün
177	11		Chiara, Florenz,	22 I.	Rhachitis.	C. v. 6,4—6,8.			gün
178	12		Ulietti, Bergamo.	27 I.	Rhachitis.	C. d. 6,0.	56 Std.	5 Std.	ung
179	13		Krassowsky, St. Petersburg.		Osteomalacie				

…des …nach der …ration.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
		Stiel extrpl.	Truzzi, Annal. univers. di med. 1884.
		Stiel extrpl.	Truzzi, Annal. univers. di med. 1884.
Std.	Peritonitis.	Op., nachdem Pat. 14 Km. weit auf Wagen in die Klinik geschafft worden war. Stiel extrpl.	Gazz. med. di Torino. 1884. Truzzi, Annal. univ. di med. 1884.
		Stiel extrpl.	Godson, Brit. med. Journ. 1885. C.-Bl. f. Gyn. 1885. No. 31.
		Stiel extrpl.	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12.
		Stiel intrpl.	C.-Bl. f. G. 1885. No. 1.
Tg.	Peritonitis diffusa purulenta.	Stiel extrpl.	E. Braun v. Fernwald u. Herzfeld. Kaiserschnitt etc. bei engem Becken. Wien 1888.
		Op. nach vergeblichem Wendungsversuch, bei bestehendem Tetanus uteri und Quetschung des Cervix. Stiel extrpl.	Arch. f. Gyn. Bd. 28.
Tg.	Septische Peritonitis.	Die Wehen hatten inzwischen $1^1/_2$ Tg. lang aufgehört. Kind sterbend. Perforation. Kranioklasie. Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1885. No. 15.
		Stiel extrpl. Kind in Asphyxie II. Grades durch die Tracheotomie gerettet.	Berl. klin. Wochenschr. 1885. No. 41.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 157.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 166.
		Stiel extrpl. Op. bei Gr. VIII. ms. Kind faul.	Siehe unter No. 164.
		Stiel extrpl.	Archiv f. Gyn. Bd. 28.
		Stiel extrpl.	Revue de Chir. 1886. No. 3. C.-Bl. f. G. 1883. No. 25. 35, 45.
		Stiel extrpl.	Arch. f. Gyn. Bd. 28.
		Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1886. No. 7.
		Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1886. No. 7.
		Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1886. No. 21.
		Stiel extrpl.	Journ. f. Geb. u. Frauenkrankheiten. 1888. No. 2. C.-Bl. f. G. 1888. No. 37

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn vor	Blasensprung er Operation.	Unt… che… sicht… ri…
		1886.							
180	1	28. I.	Steffan, Hamburg.	I.	Rhachitis.	C. v. 5,0.			gü
181	2	16. II.	Leopold, Dresden.	32 V.	Carcinoma cervicis.		24 Std.		un
182	3	12. III.	Bischoff, Basel.	45 I.	Rhachitis.	C. v. 8,0.			gü
183	4	13. IV.	Bischoff, Basel.	35 II.	Rhachitis.	C. v. 7,0.	Nicht begonnen.		gü
184	5	IV.	Freund u. Bayer, Strassburg.	I.	Atonie des Uterus nach S.C. mitNaht.	C. v. 5,0—5,25.		12 Std.	un
185	6	13. IX.	Schultze, Jena.	27 I.	Placentarretention. Sepsis.				ung
186	7		Brachini, Fivizzaro.	IV.	Osteomalacie			Lange vorher	un
187	8		Inverardi, Turin.	40 I.	Rhachitis.	C. d. 5,1.	Nicht begonnen.		gü
188	9		Fasola, Florenz.	II.	Atonie des Uterus nach S.C. mitNaht.		10 Std.		un
189	10		Krassowsky, St. Petersburg.		Knochengeschwulst.	C. v. 5,5—6,0.			
190	11		Krassowsky, St. Petersburg.		Uteruskrebs.				
		1887.							
191	1	1. I.	Parish, Philadelphia.	26 I.	Verschleppte Schulterlage. Sepsis.		7 Tg.		un
192	2	25. V.	Kirch, Troghi.		Beckenenge.				
193	3	20. VI.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	27 II.	Rhachitis.	C. v. 6,5.	2 Std.		gü
94	4	14. VII.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	34 VII.	Osteomalacie		Nicht begonnen.		ung
195	5	13. IX.	Gottschalk, Frankfurt a. M.		?				
196	6	7. X.	Krassowsky, St. Petersburg.		Rhachitis.	C. e. 16,0.			
197			v. Johannowsky, Reichenberg.	I.	Zwergbecken.	C. d. 6,5.		1 Tg.	ung

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
		Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1886 No. 16.
		Stiel extrpl. Op. bei bestehendem Fieber.	Arch. f. Gyn. Bd. 28.
		Einleitung der Frühgeburt innerhalb 3 Wochen nicht gelungen. Stiel extrpl.	Arch. f. Gyn. Bd. 30.
6 Tg.	Peritonitis. Volvulus.	Stiel extrpl.	Arch. f. Gyn. Bd. 30.
6 Tg.	Peritonitis.	Stiel intrpl.	Verhdl. der deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie. München 1886.
		Op. 6 Tg. nach einer im 7. Monat stattgefundenen Fehlgeburt wegen Zeichen von Sepsis infolge Placentarretention. Stiel extrpl.	Verhdl. der gyn. Sektion auf der Naturforscherversammlung. Berlin 1886.
31 Std.	Sepsis.	Kind war intra partum abgestorben. Stiel extrpl.	C.-Bl. f. G. 1887. No. 22.
		Stiel extrpl.	C.-Bl. f. Gyn. 1887. No. 22.
		Stiel extrpl.	Gazz. delle cliniche. 1886. C.-Bl. f. G. 1886. No. 45.
			Siehe unter No. 179.
	?		Siehe unter No. 179.
48 Std.	Sepsis.	Op. nach vergeblichen Entbindungsversuchen bei bestehender septischer Endometritis und jauchigem Ausfluss. Stiel extrpl.	Americ. Journ. of obstetr. Mai 1887. C.-Bl. f. Gyn. 1888. No. 7.
			Jahresbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn. 1. Jahrgang.
31 Tg.	Thrombophebitis v. v. spermaticae dextr., cavae inferioris iliacis et cruralis sin.	Stiel extrpl.	Siehe unter No. 166.
		Elende Person. Einleitung der Frühgeburt war erfolglos geblieben. Stiel extrpl.	Siehe unter No. 166.
			Siehe unter No. 192.
			Siehe unter No. 179.
		Op. bei Zeichen von Infektion.	Prag. med. Wochenschr. 1888. No. 4 u. 5. Jahresbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn. 1. Jahrg. C.-Bl. f. G. 1888. No. 44.

5*

No.	No. im Jahr.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend	Ursache der Operation.	Beckenmasse in cm.	Wehenbeginn vor der Operation.	Blasensprung vor der Operation.	Unter chen sichte rien
198	8	1887.	v. Johannowsky, Reichenberg.	I.	Osteomalacie				ungü
199	9		Truzzi, Mailand.		Osteomalacie				!
200	10		Schauta, Innsbruck.	32 I.	Atresie der Vagina.				gün
201	11		Schauta, Innsbruck.	36 II.	Atresie der Vagina.				ungi
202	12		Schwarz.		Drohende Ruptur Beckenenge.				
203	13		Phenomenow, Kasan.		?				!
204	14		Slawiansky, St. Petersburg.	33 IV.	Acute Endometritis.	C. v. 8,0.		24 Std.	ungi
205	1	1888. 19 IV.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	23 I.	Rhachitis.	C. v. 5,5.	Kurz vorher.		güns
206	2	7. VI.	C. v. Braun-Fernwald, Wien.	34 II.	Rhachitis.	C. v. 5,5.	Kurz vorher.		gün
207	3		Frank, Köln.	35 V.	Carcinom der Portio.				ung

Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
		Op. bei Zeichen von Infektion.	Prag. med. Wochenschr. 1888. No. 4 u. 5. Jahresbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn. 1. Jahrgang. C.-Bl. f. G. 1888. No. 44.
			Siehe unter No. 192.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 192. Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. 9.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 192. Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. 9.
		Stiel intrpl.	Wien. med. Blätter 1887. No. 37. Jahresbericht über die Fortschritte der gesammten Medicin. 1887.
			Der Arzt. 1888. No. 1—3. C.-Bl. f. Gyn. 1888. No. 37.
		Op. bei bestehendem Fieber und jauchigem Ausfluss aus der Scheide.	St. Petersburger Gesellschaft f. Gyn. u. Geb. 12. Dec. 1887. C.-Bl. f. G. 1888. No. 18.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 166.
		Stiel extrpl.	Siehe unter No. 166.
		Zwillinge diagnosticiert. Ein Kind maceriert. Stiel invertiert.	Verhdl. der gyn. Sektion der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Köln 1888. Beaucamet.

Tabel

Sectio caesarea mit Fortnahme der du

a) Wegen Fibro

No.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend..	Art des Tumors.	Wehen-beginn vor der Operation.	Blasen-sprung vor der Operation.	Unter... chen A... sichten ... rie...
1	1868. 21. VII.	Storer, Boston.	37 I.	Multiple Fibrome.		3 Tg.	ungünst.
2	1879. 24. II.	Tarnier, Neuilly.	33 I.	Uterusfibrom.		7 Tg.	ungünst.
3	1880. 31. VII.	Zweifel, Erlangen.	37 I.	Uterusfibrom.	Nicht begonnen.		günstig.
4	28. X.	Cataliotti, Palermo.	41 I.	Uterusfibrom.	5 Std.		ungünst.
5	1882. 21. IV.	Prochownick, Hamburg.	40 I.	Uterusfibrom.		24 Std.	ungünst.
6	23. XI.	Fochier, Lyon.	42 XVI.	Vom Cervix ausgehendes Fibrom.		3 Tg.	ungünst.
7	1884. 30. I.	A. R. Simpson, Edinburgh.	II.	Uterusfibrom.	18 Std.		ungünst.
8	3. V.	Sänger, Leipzig.	41 I.	Multiple Myome.			ungünst.
9	2. XII.	Handfield, London.	36 I.	Uterusfibrom.	27 Std.		ungünst.
10	1885.	Fibbi, Spoleto.	32 I.	Uterusmyome.	4 Tg.		ungünst.
11	1886. 9. III.	Hofmeier, Madeira.	46 I.	Uterusfibrom.	Kurz vorher.		günstig.
12	1887. 3. I.	Schröder, Berlin.	44 III.	Multiple Myome.	Kurz vorher.		günstig.
13	17. III.	Klotz, Dresden.	31 I.	Multiple Myome.	36 Std.		günstig.
14		Spencer Wells, London.		Multiple Fibrome.			?

b) Wegen

No.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend..	Art des Tumors.	Wehen-beginn	Blasen-sprung	
15	1884. 11. IX.	Fancourt Barnes, London.	28 I.	Dermoidcyste.	48 Std.		ungünst.
16	1885. 1. III.	Angus Macdonald, Edinburgh.	27 III.	Dermoidcyste.	16 Std.		günstig

…bildungen veränderten Sexualorgane.

… des Uterus.

…des …s nach …der …ation.	Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
Tg.	Septicaemie.	Der Schnitt traf den colossal blutenden Haupttumor. Abtragung desselben so weit wie möglich. Kind maceriert. Stiel extrpl.	Ref. Sänger. Kaiserschnitt etc. 1882. Tab. B. No. 26.
Tg.	Septicaemie.	Frau bei der Operation schon septisch erkrankt. Fruchtwasser stinkend. Tympanites uteri. Fibrom und Uterus jauchig zerfallend. Kind putrid.	Annal. de Gynécologie. 1879.
…g.	Septicaemie.	Op. bei Gr. VII. ms. Schnitt traf mehrere Geschwülste. Verkleinerung des enormen Stieles durch Excision. Stiel intrpl.	Arch. f. Gyn. Bd. 17.
		Op. fand statt unter ungünstigen äusseren Verhältnissen.	Bolletino Dell'Acad. di med. di Palermo 1880. Godson, Brit. med. Journ. Jan. 1884.
Std.	Sepsis.	Op. bei Gr. 30 Wochen. Wegen Fieber 40 Std. nach der Op. Eröffnung des Douglas, Ausspülung und Drainage. Kind † bald nach der Geburt.	Deutsche med. Wochenschr. 1882. No. 40.
		Bei der Op. Fruchtwasser stinkend. Einige Tropfen gelangten in die Bauchhöhle. Stiel extrpl. Kind faul.	Lyon médical. Mai 1883. Arch. de Tocologie. Juni 1883. C.-Bl. f. G. 1883. No. 51. 1884 No. 8.
…g.	Peritonitis.	Kind vor Beginn der Op. sterbend. Scheidensecret übelriechend. Tod nach fieberlosem Verlauf.	Edinb. med. Journ. Juli 1884.
Tg.	Acute Sepsis.	Fruchtwasser stinkend. Kind putrid.	C.-Bl. f. G. 1885. No. 22.
…g.	Peritonitis.		Godson, Brit. med. Journ. Jan. 1885.
	Collaps.	Bei der Sektion fand sich Blut im Becken.	Ref. C.-Bl. f. G. 1884. No. 21.
		In der Nacht vor der Op. ging das Fruchtwasser ab. Stiel versenkt.	Deutsche med. Wochenschr. 1886. No. 30.
			Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 14.
Tg.	Selbstmord.	4 Tg. nach der Op. Zeichen von Ileus. Eröffnung des Abdomen. Dünndarmschlinge mit Stiel verklebt. Aus Furcht vor einer neuen Operation Selbstmord.	C.-Bl. f. G. 1887. No. 22.
			Brit. med. Journ. 11. Juni 1887. Jahresbericht über die Fortschritte der gesammten Medicin 1887.

…umoren.

…g.	Septicaemie.		Brit. med. Journ. Sept. 1884.
Std.	Shock.		Edinb. med. Journ. Aug. 1885.

Tabe

Sectio caesarea wegen Missbildung des Uterus mit nachfolgen

No.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ursache der Operation.
1	1880. 14. II.	Litzmann, Kiel.	39 III	Retention einer ausgetragenen Frucht im un kommen entwickelten Horne eines Uterus bico
2	4. VI.	M. Salin, Stockholm.	22 I.	Uterus duplex. Gravidität im verschlossenen Ne horn.
3	1882. 2. X.	Sänger, Leipzig.	21 III.	Gravidität im linken Horn eines Uterus bicor
4	1884. 28. V.	Winkel, München.	37 IX.	Uterus bicornis unicollis. Hysterocele ingu des rechten schwangeren Hornes.
5	9. XII.	Wiener, Breslau.	29 II.	Gravidität im rechten (rudimentären?) Horn Uterus bicornis.
6	1885. 26. I.	Angus Macdonald, Edinburgh.	23 I.	Gravidität im linken Horn eines Uterus bicorn

Tabe

Sectio caesarea mit nachfolgender T

No.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter.	Ursache der Operation.	Resulta für Mutter.
1	1879. 17. XII.	Bischoff, Basel.		Carcinoma cervicis.	†
2	1881. 21. X.	Spencer Wells, London.	37	Carcinoma cervicis.	g.

Tabe

Supravaginale Amputation des Uterus und

a) Wegen Fi

No.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Graviditätsmonat.	Resultat für die Mutter.	Zeit des Todes nach der Operation.	Todesurs
1	1877. 7. I.	R. Barnes, London.	I.	2.			
2	1880. 2. III.	Kaltenbach, Freiburg.	32 I.	$5^1/_2$.	g.		
3	18. III.	Wasseige, Lüttich.	35 II.	5.	†	6 Tg.	Peritoni
4	17. VIII.	Agnew, Philadelphia.	44 I.	6.	†	64 Std.	Erbrech Erschöpf

III.

…supravaginalen Amputation des Uterus und Wegnahme der Ovarien.

Resultat der Operation.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
†	Bei der Op. floss Jauche in die Bauchhöhle. Frucht faul. 3 Tg. nach der Op. Tod an septischer Peritonitis.	Arch. f. Gyn. Bd. 17.
g.	Stiel versenkt.	Hygiea, Stockholm 1881. C.-Bl. f. G. 1883. No. 9.
g.	Retention und Maceration der Frucht.	C.-Bl. f. G. 1883. No. 20.
g.	Graviditas V ms.	Truzzi, Annal. univers. di med. Jan. 1885.
g.	Retention des reifen, macerierten Foetus. Exstirpation des schwangeren Hornes.	Arch. f. Gyn. Bd. 26.
g.	Frucht maceriert. Keine Spur von putridem Geruch.	Edinb. med. Journ. April 1885. C.-Bl. f. G. 1883. No. 21.

…V.

…xstirpation des Uterus und der Ovarien.

Bemerkungen.	Litteraturangaben.
…p. wurde wegen starker durch das Carcinom bedingter Blutungen. Tod 12 Std. nach der Operation.	Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1880.
…raviditas VI. ms.	Brit. med. Jouru. 1882. C.-Bl. f. G. 1882. No. 5.

…V.

…hme der Ovarien vor beendigter Schwangerschaft.

…yome des Uterus.

Bemerkungen.	Litteraturangaben.
…eration unter sehr ungünstigen Bedingungen.	Ref. bei Godson, Brit. med. Journ. Jan. 1885.
… war durch Blutungen und Erbrechen heruntergekommen.	C.-Bl. f. G. 17. Juli 1880.
… fand statt unter günstigen Bedingungen.	Bull. de l'Acad. Royale de méd. de Belg. tome 14. C.-Bl. f. G. 1881. No. 7.
… wurde nach 5tg. Wehen bei abgestorbener Frucht …er ungünstigen Bedingungen.	Ref. bei Godson, Brit. med. Journ. Jan. 1884.

No.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Gravi-ditäts-monat.	Resul-tat für die Mutter.	Zeit des Todes nach der Operation.	Todesursa…
5	1882. 12. VII.	Knowsley Thornton, London.	38 II.	$4^1/_2$.	g.		
6	13. VII.	Savage, Rugby.	25 I.	4.	g.		
7	1883. 13. I.	Schröder, Berlin.	40 I.	3.	g.		
8	1884. 23. VI.	Schröder, Berlin.	34 I.	$2^1/_2$.	g.		
	b) Wegen C…						
9	1884. 17. I.	Fortescua, Sidney.	21 I.	5.	g.		
	c) Wegen A…						
10	1883. 15. IX.	Savage, Birmingham.	22 II.	6.	g.		

Tabel…

Laparatomie zur Entfernung der Frucht bei Ruptura ut… Wegnah…

No.	Datum.	Operateur. Ort.	Alter. Wie vielt gebärend.	Ruptur nach wie viel Std. Geburtsdauer.	Ruptur wie viel Std. vor der Operation.	Resul-tat für die Mutter.	Zeit … Tod… nach Opera…
1	1879.	Prévôt, Moskau.			10 Std.	†	5 T…
2	1880. 21. II.	v. Säxinger, Tübingen.	20 I.		6 Std.	†	$33^1/$…
3	1881. 14. III.	Pasquali, Rom.	38 IV.	2 Tg.		†	24 St…
4	2. IV.	Fornari.	27 II.			†	31 St…
5	1882. 21. III.	Marchand, Paris.	26 IV.		$1^1/_2$ Std.	†	1 Tg…
6	2. IX.	Grigg, London.	25 III.		22 Std.	†	15 St…
7	1883. 18. XII.	Violani, Forli.	27 IV.		12 Std.	†	48 St…
8	1885.	Slawiansky, St. Petersburg.	37 IX.		ca. 30 Std.	g.	
9	1886. 22. IV.	Krassowsky, St. Petersburg.	36 VI.		5 Std.	g.	
10	24. IX.	Fontana, Brescia.	31 V.		22 Std.	g.	
11	1887.	Mason, Dublin	III.	3 Tg.	ca. 30 Min.	†	10 St…

Bemerkungen.	Litteraturangaben.
wurde nach 5tg. Wehen bei bestehender Anaemie ter ungünstigen Umständen.	Ref. bei Godson, Brit. med. Journ. Jan. 1884.
wurde unter günstigen Bedingungen.	Brit. med. Journ. Sept. 1882.
wurde unter günstigen Bedingungen.	Mitteilung an Godson, Brit. med. Journ. 1885.
wurde unter günstigen Bedingungen.	Mitteilung an Godson, Brit. med. Journ. 1885.

lkyste.

wurde unter günstigen Bedingungen.	Australian med. Gazz. 1884. Godson, Brit. med. Journ. 1885.

der Scheide.

wurde bei günstigen Bedingungen.	Birmingham med. Review. 1883. Godson, Brit. med. Journ. 1885.

I.

mpleta nebst supravaginaler Amputation des Uterus und r Ovarien.

Todesursache.	Bemerkungen.	Litteraturangaben.
aemorrhagie.	Bei der Op. schon beginnende Peritonitis. Kind tot.	Harris. Americ. Journ. of obstetr. Oct. 1880. Godson, Brit. med. Journ. Jan. 1884.
ps. Gangrän d. rsu. der Vagina.	Op. bei bestehender Erschöpfung und Tympanites uteri. Kind tot.	C.-Bl. f. G. 1881. No. 16.
Septicaemie.	Kind tot.	Annal. di ostetr. etc. 1881. C.-Bl. f. G. 1882. No. 5.
Peritonitis.	Beckenrhachitisch. Totes Kind vorher durch Wendung geboren. Eingeklemmter Dünndarm im Uteruscavum.	Raccoglitore medic. di Forli. 1881. C.-Bl. f. G. 1881. No. 16.
Peritonitis.	Kind tot.	Ref. bei Godson, Brit. med. Journ. 1884.
Erschöpfung.	Kind tot.	Ref. bei Godson, Brit. med. Journ. 1884.
Septische Peritonitis.	Op. im Zustande des Collapses. Kind tot. Stiel extrpl.	Raccoglitore medic. di Forli. 1883. Truzzi, Annal. univers. di med. 1884.
	Ruptur infolge Unglücksfall. Kind tot. Beginnende Peritonitis.	Ref. C.-Bl. f. G. 1886. No. 14.
	In der Bauchhöhle eine grosse Menge Blut. Kind tot.	Ref. C.-Bl. f. G. 1889. No. 29, 42.
	Kind tot.	Annal. di ostetr. 1888. C.-Bl. f. G. 1888. No. 38.
Collaps. Peritonitis.	Kind tot.	Ref. C.-Bl. f. G. 1887. No. 54.

Die Tabelle I, Statistik der reinen Porro-Operationen, wollen wir im folgenden noch einer genaueren Betrachtung unterziehen. Veranlassung zur Operation war Beckenenge 177 mal, davon rhachitische Becken 119, osteomalacische 41, Zwergbecken 5, und 12 verschiedene andere Beckenformen. An sonstigen Ursachen waren vorhanden: Carcinoma cervicis, uteri, vaginae 7, Atresie und Occlusion der Vagina 8, Atonie des genähten Uterus 2, Ruptura uteri incompleta 1, Sepsis durch Placentarretention 1, Sepsis bei verschleppter Schulterlage 1, acute Endometritis 1, Tuboovarialschwangerschaft 1, moribund bezw. Agone 4, unbekannte Ursache 4 mal.

Von den rhachitischen Becken hatten eine C. v. unter 6,0 cm 69, zwischen 6,0 und 6,5 cm 27, über 6,5 cm 17. Von 6 Fällen ist das Mass der Conjugata nicht angegeben.

Von den Fällen waren 104 als günstige und 87 als ungünstige Prognose bietend zu bezeichnen. In weiteren 11 Fällen fehlen nähere Details und 5 mal wurde an moribunden operiert.

Die Mortalität überhaupt betrug 50,24 % (Godson 55,97 %, Truzzi 53,33 %), die der prognostisch günstigen Fälle 39,42 % (Truzzi 36,3 %), die der prognostisch ungünstigen 63,22 % (Truzzi 71,3 %).

Von 206 Müttern wurden 209 Kinder (3 mal Zwillinge) geboren. Es lebten bei der Geburt 173 Kinder, tot waren 33, bei dreien fehlen nähere Nachrichten. Totgeboren waren also 16 %.

Von den Operateuren machten C. v. Braun-Fernwald 18 Operationen mit 33 1/3 % Mortalität, Chiara 7 (Mortalität 42,86 %), G. Braun 7 (Mortalität 71,43 %), Breisky 6 (0 % Mortalität), Fehling und Porro je 5 (Mortalität 20 %), Spaeth 5 (Mortalität 40 %), Tibone 5 (Mortalität 60 %), Previtali 5 (Mortalität 80 %), Krassowsky 4 (Mortalität 25 %), Championnière 4 (Mortalität 50 %), Heusner 4 (Mortalität 100 %).

Vergleichen wir mit dieser Zusammenstellung die Erfolge des Kaiserschnitts nach conservierender Methode, so finden wir in der Abhandlung von Fr. Caruso „Die neuesten Ergebnisse des conservativen Kaiserschnittes mit Uterusnaht (nach Sänger's

Methode und anderen Nahtverfahren)". Arch. f. Gynäk. Bd. 33, Heft 2, dass bei einer Operationszahl von 135 Fällen die Mortalität der Mütter 25,50 % betrug. Die 35 Fälle, welche in der Dresdener und Leipziger Klinik operiert wurden, boten dagegen eine Mortalität von nur 11,4 %.

Solche Zahlen zeigen, dass die Porro-Operation, die bei günstigen Aussichten ausgeführt 39,42 % Mortalität bietet, mit dem Kaiserschnitt nach conservierender Methode nicht konkurrieren kann, und dass die Methode nach Porro auf einzelne Fälle beschränkt werden muss. Sänger stellte hierfür auf der Naturforscherversammlung in Eisenach 1882 folgende 5 Indikationen auf:

1) Wenn reine Infektion des Corpus uteri vorhanden ist.
2) Bei Stenosen und Atresieen der Cervix und der Vagina, oder bei Verlegung der weichen Geburtswege durch einen nicht dem Uterus selbst angehörigen Tumor.
3) Bei Schwangerschaft in der verschlossenen Hälfte eines Uterus bicornis.
4) Bei schwerer allgemeiner Osteomalacie, wo die Sterilisation vielleicht curativ wirkt.
5) Bei wiederholter klassischer Sectio caesarea.

Als 6. Indikation dürfte sich hier noch Atonie des genähten Uterus anschliessen, aus welchem Grunde bereits 2 mal operiert worden ist. Die 3. Indikation bedeutet keine eigentliche Porro-Operation.

In unserem Fall war also der Entschluss gefasst worden, nach Eintritt möglichst vollständiger Eröffnung bei stehender Blase unter allen aseptischen Massnahmen den Kaiserschnitt nach konservierender Methode auszuführen. Der günstige Verlauf des Wochenbetts, welches dem nach einer normalen Entbindung entsprach, zeigt, dass hier der Kaiserschnitt als das schonendste Entbindungsverfahren zu wählen war. Die Temperatursteigerung auf 38,5 am vierten Tage hing nur mit dem vollen Eintreten der Milchsecretion und dem Nichtstillen zusammen, es war eine leichte Mastitis vorhanden.

Dieses Resultat darf aber nicht Veranlassung sein, in der Indikationsstellung lässig zu verfahren, es müssen stets alle Umstände pro et contra in's Auge gefasst werden.

Bezüglich des späteren Gesundheitszustandes der Frau ist zu bemerken, dass sie bald nach ihrer Entlassung Ende Mai 1888 über Schmerzen in der Wunde, die hauptsächlich beim Bücken und Stehen aufträten, klagte. Eine Untersuchung in der Klinik Anfang Juni ergab vollkommen normalen Befund.

Zum Schluss kann ich es nicht unterlassen, dem Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. B. S. Schultze für die gütige Überlassung des Falles und den mir geleisteten Beistand, sowie dem Herrn Privatdozenten Dr. Skutsch für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.